**Чернова Інна В'ячеславівна. Вивчення індивідуального кислотоінгібуючого впливу блокаторів Н+, К+, АТФ- ази при пептичних пілородуоденальних захворюваннях за даними гастро-РН- моніторингу : дис... канд. мед. наук: 14.01.36 / Вінницький національний медичний ун-т ім. М.І.Пирогова. — Вінниця, 2007. — 166арк. — Бібліогр.: арк. 133-166**

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

|  |
| --- |
| Чернова І.В. Вивичення індивідуального кислотоінгібуючого впливу блокаторів Н+, К+, АТФ-ази при пептичних пілородуоденальних захворюваннях за даними гастро-рН-моніторингу. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.36 – гастроентерологія. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 2007.Дисертацію присвячено вивченню індивідуального кислотоінгібуючого впливу блокаторів Н+, К+, АТФ-ази при пептичних пілородуоденальних захворюваннях (ППДЗ) за даними гастро-рН-моніторингу. Обґрунтувано критерії стартового призначення і доведено, що у хворих на ППДЗ за даними гастро-рН-моніторингу наявність нормо-гіперацидності (рН 0,9-2,2 од.) не залежить від морфо-ендоскопічної фази (рубцево-виразкова деформація, ерозивно-виразкове ушкодження) та стану Н.р.-інфікованості (Н.р.-позитивні, Н.р.-негативні хворі), але має певні статево-вікові особливості (посилення секреції хлористоводневої кислоти у осіб жіночої статі та її послаблення в осіб у віці 50 років та старше). Досліджено результати вивчення кислотоінгібуючого впливу омепразолу, лансопразолу та пантопразолу з урахуванням індивідуальної реакції пацієнтів на старті фармакотерапії (перші 5 годин), в першу добу призначення та в динаміці лікування (перший тиждень) і доведено, що недостатність індивідуального кислотоінгібуючого впливу за даними гастро-рН-моніторингу у хворих на ППДЗ є універсальною закономірністю, при якій величина даного показника коливається у широких межах (50% та більше), збільшуючись при пероральному застосуванні, на відміну від внутрішньовенного, а також на старті і у першу добу застосування, зменшуючись у динаміці лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової проблеми щодо забезпечення вибору та здійснення індивідуалізованої ефективної (внутрішньошлунковий рН>3,5 од.) антисекреторної фармакотерапії хворих на ППДЗ шляхом вивчення кислотоінгібуючого впливу блокаторів Н+, К+, АТФ-ази (омепразолу, лансопразолу, пантопразолу) за даними комп`ютерного гастро-рН-моніторингу.1. Головним критерієм стартового призначення блокаторів Н+, К+, АТФ-ази (омепразолу, лансопразолу, пантопразолу) при пептичних пілородуоденальних захворюваннях за даними гастро-рН-моніторингу є наявність по протягу шлунка або у часі внутрішньошлункового рН у межах 0,9-2,2 од. (ФІ рН 3-5 – нормо-гіперацидність).
2. Наявність нормо-гіперацидності (рН 0,9-2,2 од.), як головного критерію стартового призначення блокаторів Н+, К+, АТФ-ази, не залежить від морфо-ендоскопічної фази пептичного пілородуоденального захворювання (рубцево-виразкова деформація, ерозивно-виразкове ушкодження), стану Н.р.-інфікованості (Н.р.-позитивні, Н.р.-негативні хворі) та має певні статево-вікові особливості (посилення секреції хлористоводневої кислоти у осіб жіночої статі та її послаблення у осіб у віці 50 років та старше).
3. Блокатори Н+, К+, АТФ-ази (омепразол, лансопразол, пантопразол) при пероральному прийомі у різних режимах дозування, а саме омепразол 0,02г 1 раз на день, 0,02г 2 рази на день; лансопразол 0,03г 2 рази на день, 0,06г 1 раз на день; пантопразол 0,04г 1 раз на день характеризуються достовірним (р<0,05), закономірним, наростаючим при збільшенні тривалості застосування кислотоінгібуючим впливом за різними методиками контрольного гастро-рН-моніторингу (експрес- та добовий гастро-рН-моніторинг) у хворих на ППДЗ на старті фармакотерапії (перші 5 годин), у першу добу та у динаміці лікування (6-7 середньоарифметична доба).
4. На старті фармакотерапії (перші 5 годин) найбільший кислотоінгібуючий вплив достовірно (р<0,05) спостерігається (рНХ-М=6,24±0,02 од.) після внутрішньовенного введення 40мг омепразолу, при пероральному прийомі рНХ-М на старті фармакотерапії становить для омепразолу 3,52±0,03 од., лансопразолу 5,54±0,02 од. та пантопразолу 2,99±0,02 од.
5. В першу добу фармакотерапії рНХ-М (max) достовірно (р<0,05) різний для окремих пероральних блокаторів Н+, К+, АТФ-ази і становить для омепразолу 3,69±0,01 од., лансопразолу 4,96±0,01 од. та пантопразолу 4,24±0,01 од.
6. У динаміці фармакотерапії рНХ-М (max) не має достовірних відміностей (р>0,05) для пероральних блокаторів Н+, К+, АТФ-ази, що відповідно становить для омепразолу 5,47±0,0,42 од., лансопразолу 5,75±0,01 од. та пантопразолу 5,60±0,17 од.
7. Недостатність індивідуального кислотоінгібуючого впливу блокаторів Н+, К+, АТФ-ази (омепразол, лансопразол, пантопразол) за даними гастро-рН-моніторингу у хворих на ППДЗ є універсальною закономірністю, при якій величина даного показника коливається у широких межах (до 50% та більше), збільшуючись при пероральному застосуванні, на відміну від внутрішньовенного, а також на старті і у першу добу лікування, зменшуючись у динаміці лікування (перший тиждень).
8. Комп’ютерний гастро-рН-моніторинг у його методичних різновидах (експрес- , багатогодинний та добовий гастро-рН-моніторинг) є сучасним досконалим засобом з вибору та здійснення індивідуалізованої ефективної (внутрішньошлунковий рН>3,5 од.) антисекреторної фармакотерапії блокаторами Н+, К+, АТФ-ази. Гастро-рН-моніторинг, у разі наявності недостатнього індивідуального кислотоінгібуючого впливу, дає підстави для оптимальної корекції фармакотерапії.
 |

 |