**Колкіна Вікторія Яківна. Оптимізація лікування хворих на хронічний панкреатит, сполучений з хронічним необструктивним бронхітом, в амбулаторних умовах : Дис... канд. мед. наук: 14.01.02 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. — Донецьк, 2006. — 155арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 131-155.**

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

|  |
| --- |
| **Колкіна В.Я. Оптимізація лікування хворих на хронічний панкреатит, сполучений з хронічним необструктивним бронхітом, в амбулаторних умовах.** — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Луганський державний медичний університет МОЗ України, Луганськ, 2006.Дисертацію присвячено покращанню діагностики та лікування хронічного панкреатиту (ХП) на тлі хронічного необструктивного бронхіту в амбулаторних умовах. Після лікування в клініці у більшості хворих залишається біль у животі. Больовий синдром має особливості при біліарному та алкогольному ХП. Зовнішньосекреторна панкреатична недостатність більш виражена при алкогольному ХП. Після стаціонарного лікування зберігаються сонографічні зміни підшлункової залози, у хворих мають місце психосоматичні розлади та зниження якості життя. При наявності супутнього хронічного гепатиту після лікування в стаціонарі зберігаються порушення функціонального стану печінки, її сонографічні зміни.Амбулаторне лікування із включенням антигомотоксичного препарату момордика композитум ефективно впливає на клінічні прояви ХП, поліпшує функціональний стан та результати сонографії підшлункової залози, психосоматичний статус та якість життя хворих. При наявності супутнього гепатиту ефективним є антигомотоксичний препарат хепель. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведені теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної наукової задачі — підвищення ефективності реабілітаційного лікування в амбулаторних умовах ХП в поєднанні з ХБ після припинення загострення панкреатиту в умовах спеціалізованого стаціонару.
2. Після стаціонарного лікування абдомінальний больовий животі залишається у 73,5% хворих на ХП на тлі ХБ, причому в 11,3% випадків цей біль — інтенсивний. Больовий синдром має особливості в залежності від етіології ХП: біль залишається частіше та є інтенсивнішим при біліарному ХП, для нього характерніший періодичний біль з локалізацією в епігастрії й обох підребер’ях. Клінічні прояви зовнішньосекреторної панкреатичної недостатності спостерігаються частіше та більш виражені при алкогольному ХП. Зниження показників фекальної панкреатичної еластази-1 після лікування в клініці в 1,6 рази частіше виявляється у хворих на алкогольний, ніж у хворих на біліарний ХП. При наявності цукрового діабету в 62,5% випадків етіологія ХП алкогольна.
3. Стаціонарне лікування не призводить до нормалізації сонографічної картини ПЗ у хворих з поєднаною патологією, зберігаються зміни показників ультразвукової гістографії. На початку амбулаторного спостереження у хворих залишаються психосоматичні розлади та зниження якості життя.
4. Після лікування в стаціонарі у хворих з поєднанням ХП та ХГ на тлі ХБ зберігаються помірне зниження білковосинтетичної функції печінки, мінімально виражені синдроми цитолізу та холестазу, структурні зміни печінки за даними сонографії.
5. Амбулаторне лікування із включенням АГТЗ ефективно впливає на клінічні прояви ХП, сприяє поліпшенню функціонального стану ПЗ, її сонографічних даних у хворих на ХП на тлі ХБ. В разі наявності супутнього ХГ розроблена тактика реабілітаційного лікування ефективніша у порівнянні з традиційною щодо покращання функціонального стану печінки та зменшення частоти виявлення її структурних змін за даними сонографії. АГТЗ сприяють більш позитивній динаміці клінічних та лабораторних проявів ХБ.
6. У хворих на ХП у поєднанні з ХБ, які отримують АГТЗ, ПС та якість життя мають переваги перед результатами традиційного амбулаторного лікування. Включення АГТЗ до амбулаторного лікування сприяє зменшенню частоти загострень ХП.
 |

 |