**ХАЛЕД А М АБУГАЗЛЕ. Пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, не асоційована з Helicobacter pylori: клініка, діагностика, лікування. : Дис... канд. наук: 14.01.02 – 2007**

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

|  |
| --- |
| **Халед А.М. Абугазле. Пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, не асоційована з Helicobacter pylori: клініка, діагностика, лікування. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.02 – внутрішні хвороби. – Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, Сімферополь, 2007.Дисертація присвячена підвищенню клінічної ефективності лікування хворих на Нр-негативну пептичну виразку (НПЗП-індуковані виразки гастродуоденальної зони, як найбільш частий варіант) оригінальним методом, що полягає в поєднаному використанні інгібітору протонної помпи і препарату колоїдного субцитрату вісмуту. Виявлена профілактична ефективність монотерапії препаратом колоїдного субцитрату вісмуту для попередження медикаментозних виразок при тривалому застосуванні НПЗП незалежно від селективності інгібіторів ЦОГ-2, яка не поступається за ефективністю інгібітору протонної помпи. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі обгрунтовано науковий підхід до підвищення ефективності лікування Нр-негативних виразок (НПЗП-індукованих виразок, що найбільш часто зустрічаються в структурі причин) шляхом створення та впровадження розробленого способу профілактики і комбінованої терапії, що володіє протективними властивостями і сприяє більш швидкому загоєнню виразок та ерозій.1. У структурі Нр-негативних виразок, в Кримському регіоні, найбільша частота припадає на НПЗП - індуковані виразки (81,4 %).2. Достовірним чинником ризику при НПЗП-індукованих виразках є наявність виразок у найближчих родичів за відсутності власного виразкового анамнезу (59,8 % проти 6,1 %, р < 0,05); а також поєднання двох і більше факторів ризику і не залежить від вибору НПЗП (72,4 % проти 24,5 %, р<0,05).3. При Нр-негативній пептичній виразці і поєднаній виразці (Нр-позитивна виразка та інший етіологічний чинник) існують відмінності в морфологічних критеріях стану слизової оболонки шлунка: при другому варіанті переважали виражені ознаки запалення, атрофії і кишкової метаплазії (інфільтрація власної пластинки СОШ нейтрофілами у 100% хворих, наявність крипт-абсцесів у 87,5 %, велика кількість лімфоїдних фолікулів з активними гермінативними центрами у 100 % хворих, атрофія шлункового епітелію у 62,5 % обстежених); при першому – мінімальні ознаки неспецифічного запалення.4. Ефективність терапії інгібітором протонної помпи нижче у хворих, не інфікованих Hp та з локалізацією НПВП-індукованого ураження в шлунку.5. Комбінована терапія (колоїдний субцитрат вісмуту та інгібітор протонної помпи) має вищу ефективність (рубцювання виразок та ерозій через 2 тижні – у 100 % пацієнтів) у порівнянні з групами монотерапії колоїдним субцитратом вісмуту (рубцювання виразок та ерозій через 2 тижні – у 32,3% пацієнтів, р<0,05) та інгібітором протонної помпи (рубцювання виразок і ерозій через 2 тижні – у 76,2 % пацієнтів, р>0,05). Причому, при шлунковій локалізації ураження ефективна монотерапія колоїдним субцитратом вісмуту, а при поєднаному ураженні слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки - комбінована терапія колоїдним субцитратом вісмуту з ІПП.6. Профілактика Нр-негативних виразок на фоні прийому ульцерогенних препаратів колоїдним субцитратом вісмуту так само ефективна, як і інгібітором протонної помпи (86,5 % пацієнтів без виразок у групі з Де-Нолом порівняно з 87,8 % у групі з ІПП, р>0,05). |

 |