

продуктів (що є їжею дітей та осіб молодого віку), картоплі (яка є основною їжею представників червоної раси) та пшениці (яка містить деякі шкідливі для організму білки).

За даними ВООЗ, використовуючи для їжі звичайні продукти, середньостатистичний споживач з'їдає до 3 кг хімічних речовин в рік, а саме: фарбників, емульгаторів, ущільнювачів, консервантів, розрихлювачів, загусників, підсилювачів смаку, запаху і т.п. Кількість та якість використаних вітчизняними виробниками інгредієнтів вразила досвідчених дослідників.

Відповідно до результатів аналізу українських продуктів, факти фальсифікацій інгредієнтів були зафіксовані майже в 50% всіх збірків, взятих на аналіз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В.В. Здоровий образ життя (бой со смертю) // Медицина бессмертия и 280 лет земной жизни. – СПб: Валери СПД, 2002. – С. 162-282.
2. Король Т.В. Фізіологічні основи раціонального харчування // Здоровий спосіб життя: Зб.наук. ст. – Л.: “ПП Бодлак”, 2006. – Вип. 12. – С. 22-25.
3. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С., Тарасов В.В. Здоров'я людини і особливості харчування (огляд літератури) // Здоровий спосіб життя: зб.наук. ст./ Ред. – доц Ю.М. Панишко. – Л., 2008. – Вип. 33. – С. 37-46.
4. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С., Тарасов В.В. Харчування, вода та довголіття // Здоровий спосіб життя: зб.наук. ст./ Ред. – доц. Ю.М. Панишко. – Л., 2008. – Вип. 34. – С. 34-36.
5. Панишко Ю.М., Панасенко І.В., Ковцун В.І. та співавт. Голодування в системі зміцнення здоров'я // Здоровий спосіб життя: зб.наук. ст./ Ред. – доц. Ю.М. Панишко. – Л., 2008. – Вип. 37. – С. 24-27.
6. Тарасевич С. Общая еда // Профиль, №39/108. 17 октября 2009 г. – С.60-63.

О.І.РЯБУХА, Є.В.ГУДЗЬ

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ: СТАН ПИТАННЯ ТА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ

Розглядається стан захворюваності на поширені нозології опорно-рухового апарату та імовірні причини їх виникнення.

Ключові слова: опорно-руховий апарат, захворювання.

Рассматривается состояние заболеваемости распространенными нозологиями опорно-двигательного аппарата и вероятные причины их возникновения.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, заболевание.

The state of illness in the most disseminative nosologies of the kinesthetic apparatus and some causes of their arise have been investigated.

Key words: locomotorium, disease.

Актуальність. У структурі причин тимчасової втрати працездатності патологія опорно-рухового апарату посідає друге місце після захворювань органів дихання, що на теренах СНД становить близько 3,1%. В Україні захворювання суглобів в структурі неінфекційної патології посідають третє місце після патології системи кровообігу і пухлинних новоутворень. До 2% населення Землі хворіє на таку суглобову патологію як артрити. Етіологія їх неоднорідна, особливістю захворювання є значний відсоток ураження молодих людей. Близько 10% населення планети уражено артрозами. На відміну від артритів, від цієї недуги молодь потерпає меншою мірою, тоді як для осіб старших вікових груп ризик захворіти на артоз зростає в кілька разів. Зокрема, при досягненні 50-літнього

віку ті чи інші артрозні зміни виявляють у кожного третього досліджуваного, а серед 70-літніх на артрози різної стадії хворіє кожен другий. Важкими за клінічним перебігом, проте доволі поширеними, є захворювання капсулярно-зв'язкового апарату суглобів.

Патологія опорно-рухового апарату має важкі соціальні наслідки. Вартість лікування таких хворих постійно зростає – цей вид патології належить до однієї з найдорожчих. Окрім того, захворювання суглобів призводять до значної первинної інвалідності та тривалої тимчасової непрацездатності. Зокрема, показник тимчасової непрацездатності з причин захворювань кістково-м'язової системи в днях на 100 працюючих посідає друге місце після гострих респіраторних захворювань. За останні 10 років його приріст досягнув 50%. Хоча за рішенням ВООЗ у 2000 році було організовано міжнародну декаду, присвячену кістково-суглобовій патології, багато питань, які потребували розв'язання, так і залишилися не вирішеними.

Таким чином, постійне зростання первинної і загальної захворюваності кістково-м'язової системи, високі показники, зумовленої цим тимчасової непрацездатності та інвалідності роблять проблему профілактики, діагностики та реабілітації цього класу захворювань доволі актуальною.

Мета та завдання дослідження. За даними літератури ознайомитись із сучасним станом захворюваності на дегенеративно-дистрофічну патологію опорно-рухового апарату та думками вчених щодо основних причин її виникнення.

Результати дослідження. Доступні нам дані джерел свідчать, що в останні роки спостерігається зростання захворюваності на такі ураження опорно-рухового апарату, як деформуючий остеоартроз та ревматоїдний артрит.

Остеоартрит – це група найбільш поширених захворювань, об'єднаних одним поняттям. Часто поняття "артрит" ("остеоартрит") відокремлюють від поняття "артроз" ("остеоартроз"), хоча слід зазначити, що в іноземній літературі остеоартрит є аналогом терміна остеоартроз. Таким чином дослідники підкреслюють провідну роль запального процесу в патогенезі захворювання. На актуальність дослідження цього виду порушення вказує той факт, що у західних країнах рентгенологічні ознаки остеоартрозу зустрічаються у більшості осіб віком понад 65 років і приблизно у 80% людей, старших за 75 років. Близько 11% осіб віком понад 60 років мають симптоматичний (із клінічними проявами) остеоартроз колінних суглобів. Серед жителів США, старших за 30 років, симптоматичний остеоартроз колінних суглобів зустрічається приблизно у 6%, а кульшових суглобів – приблизно у 3% населення. В Англії та Уельсі близько 1,5 мільйони осіб мають симптоматичний остеоартроз. У 2000 році там було виконано понад 80000 ендопротезувань кульшових та колінних суглобів, що призвело до витрат у 405 мільйонів фунтів стерлінгів. Як причина порушення рухової функції при ходьбі та сходженні по сходинках у літньому віці, остеоартроз посідає друге місце після захворювань серцево-судинної системи. В цілому 10–15% осіб віком понад 60 років мають остеоартроз, і з постарінням населення він стає все більш важливим. Ці дані підтверджують і результати досліджень Європейської і Американської асоціацій ревматологів, згідно з якими остеоартрит посідає перше місце в групі ревматичних уражень суглобів (60–70%). В країнах СНД поширеність остеоартрозу суттєво менша – 6,4%, що, скоріше за все, зумовлено недостатньою ранньою діагностикою. В Україні кількість хворих з сольовими артропатіями за період з 1985 р. по 1990 р. зросла на 94%, а до 2009 р. цей показник зріс ще у 10 разів і становив 3989870 випадків. Порівняно з іншими областями, ураженість артрозоартритами у Львівській області невисока: у 2009 р. зареєстровано 296943 випадки. Найвищі показники встановлено у містах. Зокрема, у Львові виявлено 93872 випадки, у Дрогобичі у цей же період із близько 85 тисяч населення 23% мають різного роду і стадії порушення функції опорно-рухового апарату, з яких частка артрозоартритів становить 73%.

Хоча остеоартроз безпосередньо не впливає на життєвий прогноз, він супроводжується інтенсивним больовим синдромом, який суттєво погіршує якість життя

пацієнтів, а обмеження рухливості призводить до передчасної втрати працездатності та інвалідизації.

Ще одним поширеним захворюванням суглобів є ревматоїдний артрит, на який хворіє більше 1% населення Землі. Половина пацієнтів, хворих на цю нозологію, втрачає працездатність протягом перших 5-ти років хвороби. Середня тривалість життя хворих на ревматоїдний артрит зменшується приблизно на 10-15 років. Порушення ходи і, відповідно, мобільності хворих на ревматоїдний артрит належить до основних факторів, що обмежують їхню нормальну життєдіяльність. Ураження колінних суглобів спостерігається у 65–70% випадків і є найбільш поширеною причиною втрати працездатності. Захворювання супроводжується деформаціями та контрактурами з розвитком дискордантних положень усієї нижньої кінцівки, що й призводить до часткової або повної втрати її функції. Хворі втрачають не тільки працездатність, але й можливість самообслуговування і, таким чином, стають важкими інвалідами. Після 3-х років хвороби працездатність втрачає до 50% хворих.

Можливий розвиток остеоартрозу на фоні ревматоїдного артрита та розвиток ревматоїдного артриту на фоні остеоартрозу. В.О.Насонова, М.Г.Астапенко, П.С.Елярів вказують, що при тривалому перебігу ревматоїдного артриту розвиваються незначні вторинні дегенеративні явища, які дають клініко-рентгенологічну картину, яка ідентична первинному остеоартрозу [5]. Враховуючи недостатню вивченість клініки та лікування сполученого перебігу ревматоїдного артриту і остеоартрозу, а також те, що зростання захворюваності значною мірою відбувається за рахунок людей працездатного віку, вивчення особливостей етіопатогенезу ревматоїдного артриту, поєднаного з остеоартрозом, є актуальною науковою проблемою, яка вимагає поглибленого дослідження.

Патологічні ураження суглобів хребців призводять до яскравого клінічного симптому – болю у спині. У віці від 20 до 64 років біль у суглобах спини турбує 24% чоловіків і 32% жінок України. У Львові 37% жінок та 31% чоловіків скаржаться на біль у спині, що згодом діагностується як остеоартроз хребта.

З'ясовуючи причини виникнення захворювань опорно-рухового апарату, К.А.Вайнштейн зазначає, що переважна їх більшість, насамперед артрозоартрити, є похідним і небажаним ефектом сучасної цивілізації. Постає питання: які ж чинники можуть провокувати виникнення і розвиток патології опорно-рухового апарату? Вчені встановили, що існує вісім основних чинників ризику.

Вік. Старіння призводить до ослаблення суглобів, зменшення в них кількості пропріорецепторів, рівня кальцифікації хряща та ослаблення функцій хондроцитів. Встановлено, що рентгенологічні докази остеоартрозу колінних суглобів мають 27% обстежених віком 63–70 років; у осіб вікової групи понад 80 років відсоток збільшується до 44%. Також було визначено, що 80% людей, старших за 65 років, мають певні рентгенологічні ознаки остеоартрозу на тлі його безсимптомного перебігу.

Не меншим чинником ризику є *травма*. Ушкодження хрестоподібної та колатеральної зв'язок та меніска збільшують ризик розвитку остеоартрозу колінного суглоба. Флемінгівське дослідження показало, що чоловіки з наявністю травми колінного суглоба в анамнезі мали в 5–6 разів більший ризик розвитку остеоартрозу ніж ті, які її не мали. Меніскектомія також підвищує ризик розвитку стегно-великогомілкового остеоартрозу.

Професія. Остеоартроз – звичне захворювання в осіб, які виконують важку фізичну роботу, особливо, якщо вона потребує згинання в колінному суглобі, положення навпочіпки або стояння навколішки. У докерів і шахтарів, порівняно з працівниками "сидячих" професій, поширеність остеоартрозу вища.

Фізичні навантаження. Професіональні спортсмени, які беруть участь у змаганнях з контактних видів спорту, мають підвищений ризик виникнення остеоартрозу колінного суглоба. Встановлено, що первинна слабкість чотириголового м'яза – чинник ризику для розвитку остеоартрозу внаслідок зменшення стабільності суглоба та амортизуючих властивостей м'яза при навантаженнях.

Стать. До 50 років чоловіки мають більшу поширеність і частоту захворювання на остеоартроз порівняно із жінками, після 50 років — навпаки. Ця різниця має тенденцію ставати менш вираженою після 80 років. У світовій літературі ведеться дискусія щодо ролі дефіциту статевих гормонів та менопаузи в розвитку остеоартрозу. У 1940 році M.Silberberg та N.Silberberg показали, що введення експериментальним тваринам екстракту гіпофіза призводить до дистрофії суглобових хрящів, тоді як введення естрогенів позитивно впливає на їх метаболізм. У 1966 році S.Seze і A.Ryskewaert припустили, що порушення в системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, особливо в постменопаузальному періоді, можуть бути патогенетичною ланкою в розвитку остеоартрозу. Пізнішими дослідженнями доведено, що рецептори до естрогенів наявні в багатьох тканинах суглоба, а саме – в синовіоцитах, хондроцитах, фібробластах, синовіальному епітелії тощо.

Етнічні особливості. Хоча остеоартроз зустрічається повсюди, захворювання частіше спостерігається у європейців. Зокрема, остеоартроз кульшового суглоба у європейців зустрічається на 7–25% частіше, ніж у представників Китаю, африканців з Нігерії та Ліберії.

Надмірна маса тіла є одним із найважливіших чинників ризику остеоартрозу. Під час ходьби на колінний суглоб передається маса тіла, збільшена в 3–6 разів. M.W.Chapman (1993) зазначає, що клінфордське дослідження показало, що з кожними двома одиницями збільшення в індексі маси тіла (близько 5 кг) ймовірність розвитку рентгенологічного остеоартрозу колінного суглоба зростає в 1,36 рази. Надлишкова маса тіла у віці 36–37 років є чинником ризику розвитку остеоартрозу колінного суглоба у пізнішому періоді життя. Водночас зниження маси тіла на 5 кг зменшує ризик симптоматичного остеоартрозу колінного суглоба у жінок середнього зросту на 50%.

Особливості харчування. Хворі із зменшеною концентрацією вітамінів С і D у крові мають потрійний ризик прогресування остеоартрозу колінного суглоба, оскільки антиоксидантні властивості вітаміну С та його здатність сприяти синтезу колагена мають профілактичну дію. Дослідження на експериментальних моделях засвідчили, що вітамін С затримує початок розвитку остеоартрозу. Вважається, що рівень вживання вітаміну D не впливає на розвиток остеоартрозу колінного суглоба, проте його низький рівень у фактичному харчуванні та низький рівень кальцидіолу у сироватці крові пацієнтів підвищують ризик прогресування захворювання.

Висновки: 1) Ознайомлення з даними літератури, присвяченої проблемі дегенеративно-дистрофічних захворювань опорно-рухового апарату, дозволило встановити, що досліджувана нозологічна група є доволі поширеною. Хоча цифрові показники захворюваності, наведені різними авторами, дещо різняться, простежується загальна вельми загрозлива тенденція до зростання цієї патології і охоплення нею все більшої кількості осіб працездатного віку.

2) Причини, які призводять до виникнення дегенеративно-дистрофічної патології опорно-рухового апарату, різноманітні. Основною причиною є тривалі навантаження на суглоби, які спостерігаються в осіб фізичної праці, спортсменів та при надлишковій масі тіла. Гормональна перебудова організму, яка відбувається при старінні, також може призводити до дистрофічних змін у суглобах. Окрім того, дегенеративно-дистрофічну патологію суглобів можна розглядати як один із проявів "хвороб цивілізації", зумовлений нераціональним харчуванням та гіподинамією.

Таким чином, проведена літературна розвідка дозволила висвітлити сучасний стан захворюваності опорно-рухового апарату, з'ясувати її найпоширеніші нозологічні форми, встановити основні чинники, які провокують виникнення захворювань або погіршують їх перебіг. Враховуючи, що проблема захворюваності опорно-рухового апарату на дегенеративно-дистрофічну патологію має значне медико-соціальне значення, вона потребує детального різнопланового вивчення і постійного моніторингу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Т.М., Троценко В.В. / Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова.- Харьков, 2006.- 210 с.
2. Астапенко М.Г., Насонова В.О., Елярис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата.- М.: Медицина, 1975.-151с.
3. Ванштейн К.А. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.- М., 2005.- 55 с.
4. Дзяк Г.В. Болезни суставов в практике семейного врача.- М.: Инкос, 2005.- 144 с.
5. Коваленко В. Н., Борткевич О. П. Остеоартроз / Практическое руководство.- К.: Морион, 2003 - 220 с.
6. Морозов А.М. Ранняя діагностика і лікування деформуючого остеоартрозу /Методичні рекомендації.- К., 1995.- 38 с.
7. Олекса А.П. Ортопедія.- Тернопіль: ТДМУ, 2006.- 528 с.
8. Поворознюк В., Шеремет О., Григорьева Н. // Остеоартроз крупных суставов у людей старших возрастных групп.- Доктор.- 2002. -№ 5.- С.40-49. 9. Chapman M.W. // Operative Orthopedics.- 1993.- Т.1.- №4.- P 58-62.

В.Г. САЙ, В.В. ТАРАСОВ

ОСТЕОПОРОЗ ЩЕЛЕП

Стаття присвячена питанням виникнення та основним клінічним проявам остеопорозу щелеп.

Ключові слова: причини виникнення, патогенез, клінічні прояви.

Статья посвящена вопросам возникновения, и основным клиническим проявлениям остеопороза челюстей.

Ключевые слова: причины возникновения, патогенез, клинические проявления.

This article deals with the emergence and major clinical manifestations of osteoporosis of the jaws.

Key-words: causes of emergence, pathogenesis, clinical manifestations.

Альвеолярна кістка є одною із складових тканин пародонту. При генералізованому пародонтиті виникає значна втрата кісткової тканини щелеп, а тому головне завдання лікаря-стоматолога полягає у сповільненні її руйнування, щоб попередити втрату зубів. Існує тісний взаємозв'язок структурно-функціонального стану кісткової системи організму і альвеолярного паростка. За даними літератури у людей старши 40 років виявляються зміни в пародонтальних тканинах у 100% випадків.

Формування альвеолярної кістки співпадає з часом формування кореня зуба. В цей час процеси мінералізації переважають над процесами резорбції, що забезпечує наростання кісткової маси альвеолярної кістки. Кінцевий етап мінералізації кістки щелеп співпадає з мінералізацією постійних зубів. Ці процеси проявляються до 18-20 років, що співпадає з завершенням прорізування всіх зубів. В той же час мінералізація продовжується до 30 років. Періоди формування і мінералізації альвеолярної кістки тісно взаємопов'язані з гормональною функцією наднирників, гіпофіза, статевих залоз. А тому порушення функціонального стану цих систем сприяє погіршенню мінералізації тканин скелету і альвеолярної кістки, що призводить до втрати кісткової маси.

У жінок з порушенням функції статевих залоз, через нестачу виробництва естрогенів, порушується формування кісткової тканини. В альвеолярних кістках в результаті виникнення запального захворювання пародонту процес внутрішньої перебудови альвеолярної кістки відбувається значно активніше, ніж в інших ділянках опорного скелету. Цьому сприяють зміни функціонального навантаження зубощелепового апарату. Перебудова щелеп відбувається в ділянках мінімального навантаження. При цьому кісткові перекладини