

хворих старших 55 років, якщо симптоми ФД у них спостерігаються протягом 4-6 тижнів, а також не пов'язані з вживанням нестероїдних протизапальних засобів (НПЗ).

В Україні при обстеженні хворих на ФД, звичайно, слід дотримуватись рекомендацій II і III Маастрихтських консенсусів. Проте, існують і особливості. Насамперед слід звернути увагу на доступність тестів включно з їх економічною вартістю. Можна вважати, що високоінформативний С13-сечовинний дихальний тест все ще являється малодоступним для широкого кола пацієнтів, оскільки виконується переважно у великих містах і визначених гастроентерологічних центрах. Більш доступними для населення можна вважати метод визначення антигенів Н.р. у випорожненнях та швидкий уреазний СЛО-тест. За економічною ціною тести різняться: СІ 3-сечовинний дихальний тест коштує від 290-390 грн., СЛО-тест близько 100 грн., серологічні тести оцінюються від 95 до 247 гривень за дослідження. Очевидно, що хворим на ФД відповідно до тактики «test and treat» слід використовувати С13-сечовинний дихальний тест (як найкращий), визначення антигенів Н.р. у випорожненнях та швидкі уреазні тести.

У зв'язку з тим, що в Україні у людей після 40-45 років життя часто зустрічається рак шлунка, пацієнтам, хворим на ФД недостатньо проводити лише обстеження з допомогою тестів на виявлення Н.р., але й обов'язковою являється ЕГДС. Остання повинна виконуватися у хворих, що мають тривожні симптоми: дисфагію, блювоту (особливо з домішками крові), мелену, лихоманку зменшення маси тіла з невідомих причин, анемію, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. Слід звернути увагу, що в Україні люди часто безконтрольно використовують НПЗЗ, що сприяє виникненню ФД, пептичних виразок і приєднанню Н.р.

#### **Висновки.**

1. Оскільки в Україні спостерігається значна інфікованість населення Н.р., а також часто зустрічається рак шлунка, всі пацієнти, хворі на ФД, повинні обстежуватися на наявність Н.р. в поєднанні ЕГДС.

2. Вибір діагностичного тесту для виявлення Н.р. інфікованості у хворих на ФД повинен проводитись з урахуванням доступності тесту, інформативності, можливості перевірки за допомогою тесту повноти ерадикації.

3. Для виявлення поширеності гелікобактеріозу серед населення України слід використовувати серологічні тести.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Харченко Н. Про справи «гастроентерологічні»... // Therapia. Український медичний вісник. - 2007. - № 6. - С. 5-7.
2. Губская Є.Ю. Функциональная диспепсия и Римские критерии III. Что нового? // Therapia. Український медичний вісник. - 2007. - № 6. - С. 64-66.
3. Rupal Shah. Диспепсия и Helicobacter pylori. // Therapia. Український медичний вісник. - 2007. - № 11. - С. 57-60
4. Передерни В.Г., Ткач СМ., Марусанич Б.Н., Чернов А.Б. Диспепсия как самостоятельный диагноз или неспецифический синдром. — Луганск: ОАО «ЛОТ», 2006. - 340с.
5. Власов В.В. Надежны ли сведения об эффективности диагностического теста? // Therapia. Український медичний вісник. -2006. -№ 10. -С. 64-69.
6. Троценко О.В. Зв'язок періодичної секреторно-моторної функції шлунка, дванадцятипалої кишки в нормі та при патології //Здоровий спосіб життя: зб. н. с. / Л.: 2008. - Вип.34. - С 42 - 44
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Managing dyspepsia in adults in primary care. London. NICE, 2004 (update 2005).

**Л. В. ЧАПЛЕНКО**

#### **ОСТЕОПОРОЗ У ЖІНОК.**

*Стаття розглядає проблему прогресуючої втрати кісткової тканини, яка починається після природної або хірургічної менопаузи.*

*Ключові слова: причина, фактори ризику.*

*Статья рассматривает проблему прогрессирующей потери костной ткани, которая начинается после естественной или хирургической менопаузы.*

*Ключевые слова: причина, факторы риска.*

*This article deals with the problem of progressing loss of bone tissue that begins after natural or surgical menopause.*

*Key words: cause, risk factors.*

Остеопороз (ОП) - поширене системне захворювання скелету, яке характеризується прогресуючою втратою кісткової маси і порушенням мікроархітекtonіки кісткової тканини, що призводить до збільшення ламкості кісток і ризику переломів. В останній час дана проблема набула особливого значення внаслідок збільшення цієї патології в популяції людей старшого та похилого віку. Ця недуга настає приблизно через 10-15 років після закінчення функціонування яєчників, тому стала називатися постменопаузальним остеопорозом. При остеопорозі посилюється резорбція кісткової тканини і знижується остеогенез. ОП - найбільш небезпечне ускладнення менопаузи. При цьому зміни відбуваються в корковому шарі губчастих кісток вісьового скелету: зменшується їх щільність, настає атрофія кісткової тканини. Підвищується швидкість резорбції кістки, яка продовжується 3-7 років після менопаузи. ОП зумовлений зменшенням вмісту естрогенів і андростендіону. Дефіцит естрогенів в організмі знижує активність костеутворюючих клітин - остеобластів і підвищує чутливість кісткової тканини до паратиреоїдного гормону. Руйнування кісток швидше настає після оваріоектомії, у жінок молодших 45 років і у жінок з дисгенезією гонад.

Яскравим проявом виникнення ОП є захворювання тканин пародонту (пародонтоз), при якому відбувається зниження тканинного дихання, рівня напруги кисню в тканинах і т.д. Експериментальні дослідження з виявлення характеру змін у тканинах пародонту при гострій і хронічній гіпоксії показали, що ураження тканин при пародонтозі служать місцевим проявом загальних змін, переважно дистрофічного характеру. Дистрофічне захворювання (пародонтоз) виникає внаслідок судинних, неврогенних порушень, при гіповітамінозі С, Д і ін., ендокринних захворюваннях, при деяких захворюваннях внутрішніх органів, що супроводжуються остеопатією. У подібних випадках зміни в пародонті необхідно розглядати як місцеві прояви загального остеопорозу.

У більшості випадків остеопороз вдається встановити за наявності оголення коренів зубів, зруйнованих міжзубних перегородок, періодонту і альвеолярного паростка в цілому. На рентгенограмі зміни дистрофічного характеру виражаються в склеротичній перебудові альвеолярного паростка і тіла щелеп, що поєднуються з порушенням кісткової структури інших кісток скелету. Для пародонтозу характерні симетричність уражень кісток, повільний розвиток патологічних явищ і рівномірна атрофія.

Розрізняють первинний і вторинний остеопороз. До первинного остеопорозу відносять постменопаузальний (ОП I типу). Для нього характерна значна втрата маси губчастої кістки, що спостерігається після різноманітних переломів кісток, наростання частоти втрати зубів через прогресуюче зниження маси альвеолярної кістки. Дистрофічні зміни кісткової тканини відбуваються внаслідок ішемії, тромбозу судин, захворювань крові, шлунково-кишкового тракту, нирок, ендокринної системи і ін. Але основними причинами виникнення дистрофічних процесів в кістковій тканині в цілому і альвеолярних паростків щелеп зокрема, являються атеросклеротичні зміни в судинах. Виявлені дистрофічні зміни в кістках виникають також в результаті порушення кровопостачання.

#### Фактори ризику виникнення ОП I в постменопаузі:

- вік після 45 років;
- делікатна будова тіла, низький зріст;
- недостатнє вживання з їжею кальцію;
- наявність переломів в сімейному анамнезі;
- зловживання алкоголем, кавою, курінням;
- пізня поява першої менструації (менархе) після 15 років;
- рання менопауза (до 48 років);
- наявність більше трьох вагітностей і родів, лактація понад 6 місяців;
- хронічна ановуляція і безпліддя;
- оваріоектомія в молодому віці.

Клініка первинного ОП розвивається тривалий час і максимально проявляється через 10 - 15 років від початку менопаузи наступними симптомами:

- сутулість і зменшення росту. За рахунок зменшення висоти хребців на бокових поверхнях грудної клітки утворюються шкірні складки.

- болі в крижовій і поперековій ділянці, які посилюються при фізичному навантаженні, ходьбі або при тривалому перебуванні в одному положенні. Особливістю больового синдрому являється відсутність ефекту від прийому антипростогландинових препаратів.

Вторинний остеопороз зумовлений такими захворюваннями:

1. Хвороби крові: мієломна хвороба, системний мастоцитоз, таласемія, лейкози, лімфоми.
2. Хвороби шлунково-кишкового тракту: хвороби після резекції шлунка, мальабсорбція, хронічні хвороби печінки.
3. Хвороби нирок: хронічна ниркова недостатність, нирковий канальцевий ацидоз, синдром Фанконі.
4. Системні захворювання сполучної тканини.
5. За захворювання ендокринної системи: гіперкортицизм, тиреотоксикоз, гіпогонадізм, гіперпаратиреоз, цукровий діабет I типу, гіпопітуїтаризм, полігландулярна ендокринна недостатність.
6. Генетичні порушення: синдром Морфана, синдром Ендерса -Дамлоса, недосконалий остеогенез, гемоцистинурия, лізинурія.
7. Інші стани і захворювання: оваріоектомія, хронічні захворювання легень, алкоголізм, нервова анорексія, дефіцит харчування, трансплантація органів.
8. Вживання деяких лікарських середників: антиконвульсанти, антациди, що містять алюміній, кортикостероїди, імунодепресанти, тиреоїдні гормони, тетрацикліни, фуросемід;

Клініка ОП:

1. Переломи: а) компресійні переломи хребта в типових ділянках хребців Th<sub>8</sub> – L<sub>3</sub>. Вони можуть викликати гострий довготривалий біль у спині.

б) переломи стегнової кістки з характерною локалізацією в шийці і міжвертельних ділянках;

в) переломи дистальної частини променевої кістки і інших кісток.

2. Біль і деформація. Біль у спині може зберігатися тривалий час після перелома хребця внаслідок деформації хребта. Часто відзначають зменшення росту, а результатом множинних переломів можливий виражений кіфоз.

3. Частота. Приблизно у 25% жінок старших 60 років, що отримують замісну гормональну терапію, виникають компресійні переломи хребта. А ще у 32% жінок впродовж життя відбувається один або декілька переломів стегна. В середньому 15% жінок з переломами стегнової кістки вмирає протягом 4-х місяців після травми від пневмонії або тромбоемболії легеневої артерії.

4. Діагноз ОП: а) рентгенографія хребта виявляє зниження щільності кістки з підкресленою щільністю кортикальних контурів через втрату не менше як 30% кісткової тканини. Клиновидні деформації і компресійні переломи на рентгенограмі хребта також передбачають наявність ОП.

б) денситометрія - неінвазивний метод оцінки мінеральної щільності кісткової тканини.

в) біохімічні маркери кісткового ремоделювання: маркери резорбції кістки визначаються в сечі, маркери формування кістки – в крові.

До профілактичних заходів відносяться відповідні вправи і належна дієта, які допоможуть зберегти цілісність кісток, а естрогенна терапія сповільнить процес остеопорозу. Фізичне навантаження краще всього поєднувати у вигляді ходьби і плавання. Хворим остеопорозом рекомендовано вживати не менше 800 мг Са на добу. Жінкам в постменопаузі, які застосовують замісну гормональну терапію (ЗГТ) призначають Са з вітаміном Д. Екзогенний кальцій зменшує швидкість резорбції кісток і частоту переломів. Гормональну терапію призначають курсами по 3-4 тижні з 5-7 денними перервами. З цією метою використовують естрадіол валерат, 17-β-естрадіол і естріол. Призначення препаратів можливе перорально і трансдермально. Жінкам з інтактною маткою показані гестагенні препарати. У випадку наявності протипоказань до ЗГТ застосовують ралоксифен, кальцитонін, біофосфонати 3-х поколінь: I покоління - дідронал, кледронат (бонефос), етідронат; II покоління - алендронат, палідронат, тінудронат; III покоління - ібандронат, резендронат, золендронат. Солі фтора (оссин, остеоїн, остеокін (іпріфлавін), остеогенон (сприяють збільшенню кількості остеобластів (костеутворюючих клітин), збільшують їх активність і подавляють активність остеокластів (костеруйнуючих клітин). Таким чином, препарати, проявляючи подвійну дію на метаболізм кісткової тканини, активують остеобласти і пригнічують остеокласти, сприяють утворенню колагена.

Всі лікувальні заходи будуть ефективні при відсутності протипоказань, їх необхідно проводити під контролем лікаря.

**ВИСНОВКИ:** Дистрофічні зміни в кістках є проявом загальних змін, які виникають внаслідок судинних, неврогенних порушень, при гіповітамінозі, змін ендокринної системи, порушень функції яєчників, гормони яких понижують активність костеутворюючих клітин. До профілактичних заходів

відносять естрогенну терапію, препарати кальцію, фториду натрію, вітамінотерапію та інших середників.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Кудрина А.К., Курочкина И.В. Остеопороз в постменопаузе//Акушерство и гинекология. – М. – 2003. - № 4. – С. 7 -10.
2. Лихачев В.К. Практическая гинекология// Медицинформагенство. – Москва. - 2007. - С. 213 – 217.
3. Поворознюк В.В., Мазур И.П. Остеопороз и заболевания пародонта// «Здоров'я України». – 2003. - № 15-26. – С. 24-25.
4. Бенюк В.А., Макаренко Г.И., Поворознюк В.В., Дзерович Н.И. Современные аспекты женского остеопороза// ж. Здоровье женщины (научно-практический журнал). – 2010. - № 3 (49). – С. 69 -72.

Х.Є. ШАВЕЛЬ, Л. В. ГУЛЯКО

### МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН, ФІЗИЧНА ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФОРМ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ (Постановка проблеми)

*Акцентується увага на необхідності детального та комплексного дослідження морфо-функціонального стану та фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку в процесі урочних форм фізичного виховання.*

*Ключові слова: діти молодшого шкільного віку, морфо-функціональний стан, фізична підготовленість.*

*Акцентируется внимание на необходимости детального и комплексного исследования морфо-функционального состояния и физической подготовленности детей младшего школьного возраста в процессе урочных форм физического воспитания.*

*Ключевые слова: дети младшего школьного возраста, морфо-функциональное состояние, физическая подготовленность.*

*Attention is accented on the necessity of detail and complex investigation of morpho-functional state, physical training of junior school children's in the process of lessons forms of physical education.*

*Key words: junior school children's, morpho-functional state, physical training.*

**Актуальність теми.** На початку III тисячоліття актуальною є проблема здоров'я людини, яке із площини приватної справи окремої людини переходить у категорію суспільно значущої проблеми. Такий підхід до розуміння значення здоров'я у житті людини та функціонування суспільства зумовлений низкою взаємопов'язаних економічних, політичних, етичних та багатьох інших причин. Загалом, вже цілком очевидно, що у сучасному світі для досягнення успіху фактично у будь-якій сфері життєдіяльності потрібно дбати про власне здоров'я (Круцевич Т.Ю., 2000; Куц О.С., 1995; Магльований А.В., 2006; Платонов В.М., 2006).

Здоров'я дітей та молоді особливо важливе, оскільки, за оцінками фахівців, близько 75% захворювань у дорослих є наслідком умов життя в дитячі та молоді роки [4].

Збереження і розвиток молодого покоління є найважливішою функцією шкільної освіти. На законодавчому рівні вона закріплена законами України «Про освіту» (1996), «Про загальну середню освіту» (1999), сутність і шляхи реалізації оздоровчої функції школи методологічно окреслено у Концепції 12 – річної загальної середньої освіти(2000), Державна програма «Освіта. Україна. XXI століття» (1994 р) [1].

Ще у червні 2001 року на спільній сесії Академії педагогічних наук і Академії медичних наук України «Актуальні проблеми здоров'я та освіти дітей на початку XXI століття» були оприлюднені дані, що лише 35% дітей, які приходять до школи, є здоровими, а закінчують школу здоровими близько 11% дітей [5].

Фізичне виховання дітей на сьогоднішній день в Україні є одним із пріоритетних напрямків реформування освітянської сфери. Це зумовлено тим, що саме фізичне виховання є важливим компонентом гуманітаризації та гуманізації освіти, формування у підростаючого покоління фізичного та морального здоров'я до активного життя і професійної діяльності [6, 7].