

нями шлунково-кишкового тракту показали середній рівень кальпротектину 50 мкг / г калу.

Визначення вмісту кальпротектину в зразках фекалій мало прогностичне значення при рецидиві хронічного запального захворювання кишечника: Більш високі рівні кальпротектину в калі ( $69,78 \pm 8,23$ ) мкг/г та ( $61,72 \pm 6,65$ ) мкг/г в порівнянні з ( $13,72 \pm 2,02$ ) мкг/г ( $p < 0,05$ ). Були пов'язані з підвищеним ризиком рецидиву.

При оцінці залежності рівня фекального кальпротектину у хворих з хронічними запальними захворюваннями кишечника від ендоскопічної активності запалення, між цими показниками виявлено тісну кореляцію ( $r = 0,48$ ; інтервал довіри  $0,33-0,65$ ; ( $p < 0,05$ ). Вміст фекального кальпротектину у хворих на неспецифічний виразковий коліт та безкам'яний холецистит достовірно перевищував цей показник у осіб без запальних захворювань ( $p < 0,05$ ). Рівень фекального кальпротектину як у хворих на неспецифічний виразковий коліт, так і у хворих безкам'яний холецистит тісно корелював з фазою захворювання і активністю запалення, встановленою згідно з ендоскопічними і гістологічними критеріями.

Таким чином, досліджений фекальний кальпротектин продемонстрував достовірність, як маркер запалення кишечника з високою чутливістю, поряд зі зручністю, дешевизною та неінвазивністю вимірювання. Кальпротектин є корисний при диференційній діагностиці між запальними захворюваннями кишечника та синдромом подразненого кишечника, а також у спостереженні за пацієнтами з запаленням кишечника та прогнозуванні реакції на лікування, що має кореляцію з ендоскопічними показниками.

## **КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

*Демидова В.В.*

*Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка*

Харчування відіграє невід'ємну роль у нашому житті. Від нього залежить не тільки наше життя, а й здоров'я, краса, розумова праця та інше. Але важливо завжди знати, чим ми харчуємося, в якому режимі і в якій кількості. Цим та іншими питаннями займається наука нутриціологія. Вона вивчає харчування і вплив харчів на організм. Поживні речовини є хімічними з'єднаннями, які містяться в їжі і використовуються організмом для росту, забезпечення життєдіяльності та енергії. Поживні речовини (нутриєнти), які не синтезуються організмом, є найціннішими (незамінними) і тому повинні отримуватися разом з харчами. До них відносяться макронутрієнти (білки, жири, вуглеводи) і мікроелементи (вітаміни, мінерали). Недостача деяких нутрієнтів призводить до розвитку різних захворювань (пелагра), а надлишок їх призводить до ожиріння та токсичних проявів. Прийоми їжі мають мати свій режим. Вони мають складати три основні прийоми і два перекуси. Раціон залежить від вікових категорій, способу життя, місцевості, де проживають люди і встановлюється індивідуально. Але у нашому урбанізованому світі дуже важко слідкувати за режимом харчування, але не неможливо. Але більшість людей просто нехтують цим і

цим сприяють розвитку багатьох захворювань. Одні з найрозповсюдженіших є кислотозалежні захворювання ШКТ. До них відносять гастроєзофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), гастрити другого та третього типу, виразкові хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Роглянемо детальніше одну з представлених хвороб.

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба — це захворювання, яке спричинене патологічною регургітацією шлункового вмісту до стравоходу, внаслідок порушення тонусу кардіального сфінктера шлунку та м'язової системи стравоходу.

Етіологія. Умовно можна поділити на ендогенні і екзогенні фактори.

До екзогенних факторів відносять: стрес, систематичне споживання гострої та жирної їжі, переважання в раціоні продуктів, з високим вмістом кофолу, алкоголю, паління, прийому ліків, що знижують тонус кардіального сфінктера (пероральні кронтрацептиви, нітрати, блокатори кальцієвих каналів, метилксантини, антихолінергічні препарати).

До ендогенних відносять: вік, ожиріння, вагітність, цукровий діабет, гастрити, алкогольна полінейропатія, грижа стравохідного отвору діафрагми.

Патогенез. У нормі їжа з ротової порожнини просувається завдяки хвилеподібним скороченням м'язових шарів стравоходу. В частині стравоходу, де він поєднується з шлунком, розташований нижній стравохідний (кардіальний) сфінктер. Під час ковтання сфінктер розслаблюється і пропускає їжу в шлунок. Після цього він скорочується, попереджаючи зворотне закидання їжі і шлункового соку в стравохід. При ГЕРХ функція сфінктера порушується. Вміст шлунка і дванадцятипалої кишки потрапляє в стравохід і пошкоджує його слизову оболонку, що призводить до запалення. Ступінь пошкодження залежить від частоти рефлюксу, складу рефлюктанта та здатності стравоходу до самоочищення.

Симптоми: Найчастіше перебіг ГЕРХ безсимптомний або малосимптомний і його виявляють випадково. При симптоматичному перебігу спостерігається за грудиною біль, печія, кисла відрижка повітрям або шлунковим вмістом, часта гикавка, посилення симптоматики при положенні лежачи, нахилання та напруження, після надмірного споживання їжі. При важких стадіях — дисфагія, біль при ковтанні, втрата маси тіла, кровотеча із верхніх відділів ШКТ (явна або прихована). До позастравохідних проявів ГЕРХ відносять: хронічний кашель, ларингіт, карієс, пневмонія.

Ускладнення: езофагіт, ерозії, виразки, звуження стравоходу за рахунок утворення рубцевої тканини, метаплазія, що переростає в адемокарциному (різновидність раку стравоходу).

Діагностика: анамнез життя та хвороби. Амбулаторний 24-годинний імпаданс та рН-моніторинг. Цей метод дозволяє виявити рефлюкс та визначити його поширеність, у той час як вимірювання рН дозволяє визначити який характер має рефлюкс — лужний чи кислий. Езофагогастроскопія, при наявності гістологічних змін тканин — прицільна біопсія, рентгенографія з контрастуванням (барієм).

Лікування. Вперше виявлений ГЕРХ лікується за допомогою дієти та препарати, що захищають слизову оболонку шлунка та стравоходу. При хронізації захворювання лікування може бути довготривалим.

Для початку і найважливішим моментом є коригування раціону і способу життя — прийом їжі найпізніше за 2-3 години перед сном, обмеження вживання гострої, смаженої та жирної їжі, відмова від паління, алкоголю та кави. Хімічне щадіння включає обмеження продуктів з високим

вмістом кислот (цитрусові, деякі кисло-молочні продукти капуста, помідори). Включають продукти, багаті на вітаміни групи В та фолієву кислоту. Рекомендують п'ятиразове харчування малими порціями. В раціон включають слизові каші, нежирні супи, пісне відварене м'ясо, риба, молочні киселі, варені яйця, огірки, картопля, шпинат, сухофрукти, узвари, трав'яні чаї (звіробій, чебрець, ромашка, м'ята). Виключають ковбасні вироби, чорний хліб, гострі спеції та соуси. Також важливе термічне та механічне шадіння. Їжа має бути теплою, приготованою на пару або звареною та м'якою або перетертою. Виключається смажена та запечена їжа. Рекомендується припинення приймання лікарських засобів, що знижують тонус НСС, особливо нітрати, блокатори кальцієвих каналів, антихолінергічних. Також рекомендують знизити масу тіла при ожиріння та ліжкове положення мати з припіднятим узголів'ям. До фармакологічних методів лікування відносять препарати, що гальмують виділення соляної кислоти — інгібітори протонної помпи (омез, пантопразол, пангастро). H<sub>2</sub>-блокатори (фамотидин, ранітидин) — для підтримуючої терапії. Препарати, що нейтралізують соляну кислоту та захищають слизову оболонку: сполуки алюмінію та магнію, альгінована кислота та сулькральфат. Протикінетичні лікарські засоби — цизаприд (агоніст серотонінового рецептора) і метаклопрамід (антагоніст домамінового рецептора). При тяжких формах ГЕРХ з гістологічними змінами проводять оперативні втручання [3].

Отже, порушення харчування — одна із найголовніших причин виникнення захворювання верхніх відділів ШКТ. Так як у випадку з ГЕРБ, гастрити і виразки з підвищеною кислотністю є наслідком порушення режиму харчування і виснаження організму стресовими факторами. Найголовнішим ворогом захисного фактора шлунку — нестероїдні протизапальні засоби та *Helicobacter pylori*. Вони руйнують захисний фактор, який оберігає слизову шлунка від дії соляної кислоти. В результаті — запальні процеси з переходом у виразки, які ускладнюються перфораціями (прориваннями) стінки шлунка у черевну порожнину. Щоб запобігти цим захворюванням потрібно дотримуватися гігієни харчування, приймання їжі має бути в один і той самий час, малими порціями п'ять разів на день. Не захоплюватися алкоголем, жирною, смаженою, копченою їжею. Не споживати натще продукти з кислим рН. Відмовитися від шкідливих звичок. При можливості обмежити себе від прийомів нестероїдних протизапальних засобів та дотримуватися правил їх приймання. До складу цих препаратів входить ацетилсаліцилова кислота, що і подразнює стінку шлунка і послаблює захисний бар'єр. Такі лікарські засоби слід приймати під час або після прийому їжі. Не рекомендується приймати їх натще або на ніч. При тривалому курсові лікування їх призначають в комбінації з інгібіторами протонної помпи. Також дуже важливо тримати свою нервову систему в спокої, давати організму відпочивати, адже відомо, що стреси і перевтома сприяють розвитку захворювань різних органів і систем організму, а особливо — ШКТ. При можливості, за наявності зайвої ваги, скинути її, додаючи до правильного режиму харчування фізичні вправи. Вони стимулюють м'язову роботу шлунку. Доведено, що солодкі газовані напої вкрай негативно впливають на захисні функції шлунку і буквально роз'їдають слизову оболонку. Експериментально доведено, що кола здатна розчинити зуб. Для цього ми помістили молочний зуб в стакан заливали його колою. Через добу зуб мав коричневий колір, що свідчить про порушення його емалі. Через півтори тижні експерименту зуб зменшився в розмірах, а через три тижні почав розсіпатися. На шлунок він впливає так само, тільки з більш

пришвидшеним темпом.

Слідуючи цим вимогам можна вберегти себе від цих неприємних і доволі небезпечних захворювань.

### Література

1. Дієтологія / под ред. Барановського А.Ю. СПб: Питер, 2012. — 1024с.
3. Гастроентерологія /Под ред. В. Т. Івашкіна, Т. Л. Лапиной. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208с.
4. Дементьев А. С., Журавльова Н. І., Кочетков С. Ю., Чепанова Е. Ю. "Гастроентерологія. Стандарти медичної допомоги". — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 384с.

## **БІЛЬ У СПИНІ ЯК ОСНОВНИЙ СИМПТОМ ОСТЕОХОНДРОЗУ ТА ЙОГО ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

*Денисовець Т.М. Йопа Т.В.*

*Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка*

Болі в спині є медичним феноменом, з яким протягом життя зустрічається майже кожна людина, не звертаючи увагу на те, як вона проводить більшість часу: спочатку сидить за партою, за письмовим столом, потім за комп'ютером, перед телевизором. Унаслідок цього з'являється біль у спині та суглобах, різноманітні викривлення хребта, відбуваються зміни постави, турбують головні болі, виникає запаморочення, порушується робота внутрішніх органів, псується настрій. У таких умовах м'язи виснажуються, а хребет деформується. Підсумок усім відомий — остеохондроз, міжхребцеві грижі, що значно погіршують життя й призводять до різної ступені втрати працездатності. Необхідно пам'ятати, що болі в спині не є самостійним захворюванням, а лише симптомом того, що в організмі відбуваються негативні зміни. Близько 90% мешканців планети хоча б раз протягом життя поскаржилися на біль у спині, 50% з них відчули на собі такий біль більше ніж один раз у житті. Найчастіше виражені болі в спині турбують людей віком 50 — 64 років [1].

Є багато причин для виникнення болю в спині. Це може бути наслідком порушення роботи внутрішніх органів або малорухливий спосіб життя, що призводить до ранньої дегенерації міжхребцевих дисків. Та найбільш розповсюдженим захворюванням хребта, яке супроводжується болем у спині є остеохондроз. Він пригнічує всі функції організму, призводить до розладу роботи внутрішніх органів, погіршення метаболізму, є причиною радикуліту, викликає ураження нервової системи, супроводжується появою больового синдрому, емоційно-депресивних розладів. Хворі, як правило, сподіваються на швидке одужання й тому приділяють більше уваги медикаментозному лікуванню, іноді ігноруючи або мало приділяючи уваги фізіотерапевтичним методам лікування.

Біль — важлива адаптивна реакція організму, що виконує роль сигналу тривоги і являє собою захисну реакцію організму. Іноді біль є першою ознакою хвороби або сигналом небезпеки, що загрожує організму. У цьому плані біль відіграє позитивну роль. Але під час надмірної інтенсивності й тривалості біль перетворюється на хворобливе явище. Коли біль стає хронічним, він втрачає своє фізіологічне значення й може вважатися