

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 ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ 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

патологією. Гострий біль з'являється при дії інтенсивного механічного, термічного чи хімічного подразника. Хронічний біль розвивається в результаті ушкодження чи запалення тканини або нервового волокна.

Якщо розглядати біль у спині як симптом остеохондрозу, то клінічно вирізняють чотири види болей: 1) локальні (місцеві); 2) проєкційні; 3) радікулярні (корінцеві); 4) психогенні (болі, що виникають унаслідок м'язово-спазму).

На сьогодні існують певні труднощі в трактуванні симптомів остеохондрозу хребта та його неврологічних проявів. Спрощений підхід до цієї проблеми, як до дегенеративно-дистрофічного порушення в хребті, не дозволяє повномасштабно розкрити механізм розвитку цієї складної патології. За даними вітчизняної та зарубіжної літератури, так і не склалась єдина точка зору про те, що є першопричиною розвитку цього захворювання: зміни в нервовій системі чи зміни в міжхребцевих дисках і в міжхребцевих м'язах; та яку роль відіграє внутрішній стан організму пацієнта й оточуюче середовище [2].

Клінічні прояви захворювання виникають, як правило, при подразненні й компресії корінців спинно-мозкових нервів. До подразнення корінців приводить нестабільність хребетного сегменту, а до їх компресії — грижі міжхребцевих дисків.

Для встановлення причини болю в спині необхідне ретельне обстеження хворого, у тому числі з'ясування скарг, збір анамнезу, соматичне, неврологічне й нейроортопедичне обстеження, а в деяких випадках проведення додаткових досліджень.

Соматичне обстеження спрямоване на виявлення злоякісних новоутворень, інфекційних процесів, захворювань, які виявляються болем у спині.

При неврологічному обстеженні варто оцінити емоційно-больовий синдром пацієнта, визначити, чи є розлади чутливості, порушення та випадання рефлексів.

Важливе значення має нейроортопедичне дослідження, у якому визначається рухливість різних відділів хребта, обсяг рухів кінцівок, наявність локальної хворобливості в спині й кінцівках, напруга м'язів і поява болісних відчуттів при їх пальпації.

Лікування болю в спині — це досить складна проблема. Тривалість і сама форма лікування залежить від правильної і своєчасної діагностики, занедбаності захворювання, а також від його ступеня важкості.

Сьогодні в медицині існує багато способів лікування остеохондрозу: 1) прийом лікарських препаратів; 2) фізіотерапія; 3) мануальна терапія; 4) лікувальна гімнастика; 5) масаж; 6) голковколювання; 7) витягування хребта; 8) рефлексотерапія; 9) хірургічне втручання [3].

У різних методів лікування існують свої плюси і мінуси. Тому тільки лікар може вирішити, які методи застосувати в лікуванні, підібрати відповідні медпрепарати та їх дозування для швидкого одужання пацієнта.

Фізіотерапія допомагає зняти біль, запалення і, зазвичай, використовується як допоміжний метод разом з медикаментозним способом лікування. Фізіотерапевтичні методи включають у себе вплив на організм електромагнітних та звукових випромінень (УВЧ-терапія, магнітотерапія, електрофорез, лазеротерапія, діодинамічні токи та ін.), використання грязелікування та електрогрязьових процедур, а також різних за складом ванн.

У традиційній медицині ефективні лазери низької інтенсивності, що дозволяють швидко зняти запалення, стимулювати відновлення диска й

поліпшити кровообіг. Треба враховувати, що в різні стадії дегенеративних процесів застосовують різні методи лікування. При неефективності консервативного лікування протягом 6-8 тижнів необхідно вирішувати питання про проведення хірургічного втручання.

Отже, лікування остеохондрозу — складне завдання, що в будь-якому разі пов'язане із зняттям больового синдрому в пацієнта. Індивідуальна програма лікування залежить від характеру хвороби, її клінічної картини, тривалості й інтенсивності. Підібрати курс лікування може тільки лікар.

Спеціальна програма обстеження пацієнта з болями в спині зазвичай включає в себе проведення таких заходів:

1. Рентгенологічні дослідження хребта (у передньозадній та в боковій проекції).
2. Комп'ютерна томографія (КТ).
3. Магнітно-резонансна томографія (МРТ).

На основі отриманих результатів дослідження лікар ставить діагноз та призначає найбільш ефективне лікування.

Отже, у наш час медицина має унікальні діагностичні можливості. Та все ж головне завдання лікаря полягає у встановленні зв'язків між клінічними проявами захворювання з результатами різних методів дослідження та застосування ефективних методів лікування.

Література

1. Данилов И.М. Остеохондроз для профессионального пациента / И.М. Данилов. — К. : Лотос, 2010. — 535 с.
2. Епифанов В.А., Остеохондроз позвоночника / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — 272 с.
3. Полищук Н.Е. Повреждения позвоночника и спинного мезга / Н.Е. Полищук, Н.А. Корж, В.Я. Фищенко. — К. : Книга плюс, 2001. — 388 с.

КИШКОВА МЕТАПЛАЗІЯ ЕПІТЕЛІЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

Емець Л.М., Харченко О.В.

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Відомо, що кишкова метаплазія може бути повною і неповною. Повна кишкова метаплазія за своєю структурою відповідає тонкокишковій крипти. Її епітеліальне покриття представлене циліндричним епітелієм з каймою і бокалоподібними ентероцитами. В базальних відділах виявляються панетовські клітини. Неповна кишкова метаплазія характеризується наявністю секрету в супрануклеарних відділах циліндричних клітин, а щіткова кайма в них виражена не чітко. Бокалоподібні клітини представлені в меншій кількості, відмічена нерівномірність їх розмірів і розподілення у криптах. Рідко зустрічаються панетовські клітини[1].

Повну кишкову метаплазію до передпухлинних змін не відносять[2]. Неповній кишковій метаплазії деякі автори приділяють роль передпухлинної зміни[3]. Неповна кишкова метаплазія зустрічається у 75% пацієнтів з доброякісними захворюваннями шлунка, та в 6% у контролі[3]. Все це дозволяє стверджувати, що неповну кишкову метаплазію не можна