

на ТКЗ таке зниження спостерігається двічі. Очевидно, це явище не можна пояснити зміною реактивності організму з ростом тренуваності робітників, що залишилися в даній стажовій групі. Явища, що спостерігаються, можуть бути викликані лише нерівномірною селекцією хворих з різних стажових груп.

ВИСНОВКИ 1. Запропоновані математичні моделі (15, 16) добре відображають зміни зі стажем частоти патології і захворюваності робітників на хронічний бронхіт.

2. Зниження захворюваності, що спостерігається, і частоти патології, а також зниження темпу росту частоти патології в старших стажових групах не є доказом поліпшення стану здоров'я робітників. Остаточний висновок з цього питання можна зробити лише після належного математичного аналізу отриманих даних.

3. Дослідження стану здоров'я робітників ТКЗ, ЖЗВ і

МОК показали, що в старших стажових групах не спостерігається абсолютне або відносне зниження захворюваності на хронічний бронхіт.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основы социальной гигиены / Под редакцией Колорова П.В., Гаркова К.Т., Чолокова В.В., Вилчева А.С. М.: Медицина, 1969. – С. 70–77.
2. Статистические методы исследований в медицине и здравоохранении / Под ред. Полякова Л.Е. – Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1971. – С. 144–156.
3. Общая теория и методика санитарно-статистического исследования. – М.: Медгиз, 1960. – С. 35-59.
4. Профессиональные заболевания // Рисот: <http://www.safework.ru/Index.asp>.
5. Многофакторная модель заболеваемости с временной утратой трудоспособности – основа первичной профилактики нефтяников Западной Сибири / Овчаров Е.А., Долгинцев В.И., Мамонов Ю.П., Борш Е.Е. / <http://ecool.far.ru/index.htm> НЕФТЬ И ЭКОЛОГИЯ.

Лихацька Т.В.

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ – Проведено обстеження 50 хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з хронічним панкреатитом. Проводили клініко-лабораторні та інструментальні обстеження, в тому числі денситометричне дослідження мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта. Виявлено, що у хворих на хронічний гастродуоденіт в поєднанні з хронічним панкреатитом має місце остеодифіцит різного ступеня, який поглиблювався зі збільшенням віку.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАНКРЕАТОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ – Проведено обследование 50 больных хроническим гастродуоденитом в сочетании с хроническим панкреатитом. Проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования, в том числе денситометрическое исследование минеральной плотности костной ткани поясничного отдела позвоночника. Выявлено, что у больных хроническим гастродуоденитом в сочетании с хроническим панкреатитом имеет место остеодифицит разной степени, который углубляется с увеличением возраста.

STATE OF BONE TISSUE MINERAL DENSITY IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF PANCREATOGASTRODUODENAL ZONE – 50 patients with chronic gastrroduodenitis combined with chronic pancreatitis have been examined. Clinical-laboratory and instrumental examination including densitometric research of bone tissue mineral density in lumbar spine has been carried out. It has been revealed that the patients with chronic gastrroduodenitis combined with chronic pancreatitis have osteodeficiency of different degree which increases with age.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, хронічний панкреатит, мінеральна щільність кісткової тканини.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, хронический панкреатит, минеральная плотность костной ткани.

Key words: chronic gastrroduodenitis, chronic pancreatitis, bone tissue mineral density.

ВСТУП Остеопороз – найбільш поширене захворювання скелета, яке, на думку експертів ВООЗ, займає третє місце після серцево-судинних захворювань і цукрового діабету в рейтингу основних медико-соціальних проблем сучасності [7, 9]. Останніми десятиліттями часто зустрічаються поєднання хронічних запальних захворювань панкреатогастродуоденальної зони, зокрема хронічного гастродуоденіту (ХГД) з хронічним панкреатитом (ХП), що зумовлено спільністю нейрогуморальної регуляції. У зв'язку зі загрозливими масштабами цієї тенденції Комітетом ВООЗ

2000-2010 рр. оголошені десятиріччя хвороб кісток та суглобів. Останніми роками увага науковців зосереджена на вторинних ураженнях кісткової тканини, частка яких в структурі її остеопоротичних змін переважає. Сучасні діагностичні методи дозволяють виявляти зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) на ранніх стадіях, ще до виникнення переломів [2]. Це дає змогу своєчасно розпочати профілактику остеопенії та лікування остеопорозу, що зупинить прогресування захворювання і сприятиме збільшенню МЩКТ під впливом певних екзогенних чинників.

Зацікавлення дослідженням стану кісткової тканини (КТ) при гастроентерологічній патології зумовили досягнуті успіхи в лікуванні основних форм ураження органів шлунково-кишкового тракту, що призвело до подовження життя хворих і поставило питання про його якість. Сучасними методами дослідження встановлено наявність остеопоротичних та остеопенічних уражень КТ у різних категорій гастроентерологічних пацієнтів.

Хронічні запальні захворювання панкреатогастродуоденальної зони займають одне із перших місць серед захворювань шлунково-кишкового тракту [5, 6]; остеопорозу [4], проте нагромадження даних про патогенез остеопорозу, подальші дослідження структури і функції КТ при різних захворюваннях внутрішніх органів дозволяють говорити про зростання питомої ваги саме вторинних форм остеопорозу [1, 3]. В основі патогенезу лежить дисбаланс процесів кісткового ремоделювання [2].

Запальні процеси панкреатогастродуоденальної зони можуть значною мірою вплинути на функціональний стан опорно-рухового апарату за рахунок порушення кальцій-фосфорного гомеостазу [4, 5], оскільки порушується всмоктування мінералів і вітаміну D. У хворих на ХГД та ХП часто розвивається синдром мальабсорбції, вторинний ентероколіт і остеопороз [6, 10]. Мінеральна щільність кістки при захворюваннях панкреатогастродуоденальної зони та роль даної патології у виникненні остеопорозу вивчена недостатньо.

МЕТА РОБОТИ Встановити частоту формування остеопенії, остеопорозу та остеосклерозу у хворих на хронічні запальні захворювання панкреатогастродуоденальної зони залежно від віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ У клінічних умовах обстежено 50 хворих на ХГД в поєднанні з ХП у фазі загострення. Їх вік коливався від 17 до 73 років, чоловіків було 29 (58 %), жінок – 21 (42 %). Для верифікації діагнозу, крім клінічних, застосовували широкий спектр лабораторно-інструментальних обстежень: біохімічний аналіз крові (α -амілаза, лужна фосфатаза, кальцій, фосфор), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію. МЩКТ поперекового відділу хребта вивчали на двофотонному денситометрі "ДРХ - А" [Lunar, USA]. Денситометричні показники аналізували за віковими групами: до 30 років (1-а група), від 31 до 45 (2-а група), від 46 до 60 (3-я група), 60 років і старше (4-а група).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ
Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих спостерігали виражений больовий синдром (100 %), диспепсичний (94,4 %) та астено-вегетативний (55,5 %). Відзначали достовірне підвищення рівня α -амілази, порівняно з контрольною групою хворих ($p < 0,05$), вміст лужної фосфатази дещо збільшувався, але статистичної різниці не встановлено, показники кальцію та фосфору були в межах норми.

Аналіз показників МЩКТ показав, що у 42 (84 %) пацієнтів мав місце остеопороз різного ступеня, в 5 (10 %) – нормальний рівень щільності, в 3 (6 %) – остеосклероз. Результат денситометричного дослідження залежно від віку подані в табл. 1.

Таблиця 1. Стан показника МЩКТ (г/см²) в поперековому відділі хребта у хворих на ХГД в поєднанні з ХП залежно від віку

Вікова група	L1	L2	L3	L4	L1-L4
1-а, до 30 років	1,065±0,013	1,096±0,017	1,107±0,028	1,086±0,020	1,102±0,013
2-а, 31–45 років	0,968±0,023 *	1,090±0,029	0,998±0,027 *	0,978±0,023 *	0,997±0,016 *
3-я, 46–60 років	0,930±0,009 *	0,998±0,008 *	0,989±0,015 *	0,951±0,003 *	0,969±0,013 *
4-а, старші 60 років	0,865±0,048 *	0,897±0,010 *	0,992±0,054 *	0,898±0,017 *	0,887±0,011 *

Примітка: * – достовірна різниця порівняно з першою групою (хворі до 30 років).

Аналізуючи показники стану КТ поперекового відділу хребта (табл.1) встановлено, що МЩКТ зменшується відповідно до віку – від більш молодих пацієнтів до старшої вікової групи. Найбільша кількість остеопоротичних змін спостерігалась в пацієнтів 3 і 4 груп (хворі старше 46 років) – 69,2 % від загальної кількості зареєстрованого остеопорозу. Хронічні запальні захворювання панкреатогастроуденальної зони супроводжувались остеопенічними змінами в кістках – в 58,0 % обстежених пацієнтів, остеопоротичними – в 26,0 % та остеосклеротичними – в 6,0 % хворих. Найчастіше спостерігається явище остеопорозу на рівні 3 та 4 поперекових хребців.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності різних схем лікування вказаної групи хворих, спрямованих на нормалізацію МЩКТ.

ВИСНОВКИ 1. Хронічні запальні захворювання панкреатогастроуденальної зони супроводжувались остеопенічними змінами в кістках у 58,0% хворих, остеопоротичними – в 26,0 %, остеосклеротичними – в 6,0 %.

2. Мінеральна щільність кісткової тканини зменшувалась залежно від віку. Найбільша кількість остеопоротичних змін спостерігалась в пацієнтів 3 і 4 груп (хворі старше 46 років) – 69,2 % від загальної кількості зареєстрованого остеопорозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранова І.А., Гаджиев К.З., Чучалин А.П. Остеопороз у больных бронхиальной астмой // Терап. архив. – 2000. – № 4. – С. 6 – 13.
2. Бенгус І.І. Ультроструктурная характеристика костного ремоделирования в условиях алиментарного дефицита кальция // Укр. морфолог. альманах. – 2003. – Т. 1, № 2. – С. 9 – 13.
3. Коваленко В.М., Борткевич О.П. Вторичный остеопенічний синдром при вибраних ревматичних захворюваннях: погляд на проблему // Врачебная практика. – 2001. – № 4. – С. 22 – 28.
4. Митник З.М. Мінеральна щільність кісткової тканини, мінеральний і кістковий обмін у хворих на хронічний панкреатит із зовнішньосекреційною недостатністю // Львівський медичний часопис. – 2003. – Т. IV, № 1. – С. 64 – 69.
5. Нейко Є.М., Шевчук І.М., Камінський В.Я. Патологія кишечника та підшлункової залози – актуальна проблема сучасної гастроентерології // Галицький лікарський вісник. – 2004. – № 3. – С. 5 – 10.
6. Передерий В.Г., Ткач С.М. Болезни поджелудочной железы. – К., 2001. – 248 С.
7. Поворознюк В.В. Остеопороз: фактори ризику, класифікація, лікування // Нова медицина. – 2002. – № 5. – С. 38 – 41.
8. Проблеми остеопорозу / За ред. проф. Ковальчука Л.Я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 446 с.
9. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada // CMAS. – 2002. – Vol. 167, Suppl. – P. 10. S. 1.
10. Brol H. Consensus Statement: Osteoporosis, Classification and Clinical Features // Rheumatol. Eur. – 1996. – Vol. 25, 1. – P. 33 – 36.