

ків, недосконалістю лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу, низькою мотивацією населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатнім доступом до її отримання уразливих до захворювання на туберкульоз груп населення;

- низька ефективність лікування хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульоз (55,0 %) та з рецидивом захворювання (34,2 %) через відсутність методів швидкої діагностики мультирезистентного туберкульозу, якісного контрольованого лікування, а також через негативне ставлення хворих до лікування, недостатню кількість протитуберкульозних препаратів II ряду.

Таким чином, етіологічне підтвердження діагнозу туберкульозу за допомогою бактеріологічних досліджень гарантованої якості, зміцнення ТБ лабораторій, епіднадгляд за медикаментозною стійкістю є основою сучасної клінічної фтизіатрії.

#### Література

1. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2001–2012 роки. – К., 2013. – 122 с.

### **ПРОФІЛАКТИКА НЕЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.**

*Корчан Н.О., Громцева М.К.*

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

Близько 3% населення земної кулі хворіє на нецукровий діабет. Крім цього, спостерігається постійний зріст цього захворювання. Кожні 10–15 років кількість хворих діабетом у всіх країнах світу подвоюється. У зв'язку з великою поширеністю і збільшенням росту кількості хворих, нецукровий діабет відносять до соціальних хвороб, він входить у триаду хвороб разом з онкологічними і серцево-судинними, котрі є основними причинами інвалідності й смертності. Тому не випадково цієї проблемі приділяється велика увага дослідників і практичних лікарів.

Гіпоталамічний нецукровий діабет - захворювання, що характеризується спрагою і екскрецією великої кількості сечі з низькою відносною щільністю. Розвиток захворювання пов'язаний з порушенням синтезу, транспортування і вивільнення вазопресину. Вживання великої кількості рідини є компенсаторною реакцією для запобігання дегідратації в організмі. Нецукровий діабет може бути наслідком зниження чутливості рецепторів ниркових каналців до вазопресину, і такий діабет називається нефрогенний нецукровий діабет [3].

Недостатність синтезу або секреції вазопресину є причиною зниження концентраційної функції нирок, що проявляється поліурією і полідипсією, ступінь вираженості цих клінічних проявів залежить від порушення секреції вазопресину.

Етіологія нецукрового діабету різна і лише третина (від 15 до 30%) всіх випадків нецукрового діабету є так званими первинними формами. Серед них певне число випадків відноситься до сімейних форм нецукрового діабету, при яких гіпоталамічні ядра втрачають здатність до синтезу біологічно активних форм вазопресину. Показано аутосомно-домінантне успадкування таких форм нецукрового діабету і при цьому виявляються порушення 20-ої хромосоми.

Майже у 50% дітей і у 29% дорослих хворих розвиток нецукрового діабету пов'язаний з наявністю первинної чи вторинної пухлини в ділянці гіпоталамуса або наслідком операції з приводу цих пухлин.

Травма ЦНС є причиною нецукрового діабету майже в 17% випадків у дорослих і в 2% випадків у дітей. Нецукровий діабет при переломах основи черепа та інших травмах може виявлятися в гострому періоді і в 50% випадків проходить через кілька днів (від 7 до 14 днів). В інших випадках (30-40%) нецукровий діабет залишається на тривалий час і, як правило, у своєму розвитку проходить три фази: 1) раптово розвинулася поліурія з тривалістю перебігу від декількох годин до 5-6 днів; 2) період антідіуреза, тривалістю від кількох годин до кількох (7-12) днів і пов'язаний з вивільненням вазопресину з пошкоджених аксонів гіпоталамо-гіпофізарного тракту; 3) постійний нецукровий діабет [1].

Недостатність секреції вазопресину може бути наслідком перенесеного базального менінгіту, енцефаліту, сифілісу, а також аневризми судин мозку, саркоїдозу, гистиоцитозу та інших уражень гіпоталамічної області.

Захворювання однаково часто зустрічається як у чоловіків, так і у жінок, хоча за деякими даними з незначним превалюванням його частоти у чоловіків - 60:40, зазвичай у віці 12-15 років, і характеризується гострим початком. У новонароджених та дітей раннього віку захворювання проявляється симптомами хронічної дегідратації, нез'ясовного підвищення температури, блювотою і неврологічними порушеннями. У дітей більш старшого віку може бути порушення сну, зниження успішності та інші труднощі, пов'язані з навчанням у школі.

У першу чергу гіпоталамічний нецукровий діабет необхідно відрізнити від нефрогенного нецукрового діабету, для якого характерна резистентність до дії вазопресину. Це рідкісне захворювання, успадкування якого пов'язане з X-хромосомою і зустрічається у осіб чоловічої статі і при якому рівень вазопресину в крові вище, ніж у нормі. Захворювання проявляється у новонароджених дегідратацією, блювотою, підвищенням температури. Сеча при цьому має низьку відносну щільність. Молекулярно-генетичні дослідження показали, що ген, відповідальний за синтез рецептора до вазопресину, локалізується на довгому плечі X-хромосоми. Нефрогенний нецукровий діабет є наслідком мутації V2 рецепторного гена, і до теперішнього часу виявлено 16 різних мутацій цього гена, що призводять до розвитку нефрогенного нецукрового діабету, і дві мутації, що не приводять до захворювання.

Приданий нефрогенний нецукровий діабет зустрічається частіше, але протікає в більш м'якій формі. Поліурія і полідипсія помірні і тривають від 3-4 до 39-40 днів. Найчастіше причиною такого діабету є прийом препаратів літію. Різні ознаки нефрогенного нецукрового діабету зустрічаються при пієлонефриті, полікістозі, зниженні прийому кухонної солі і білка.

При нефрогенному нецукровому діабеті рекомендується обмеження кухонної солі в комбінації з діуретиками, які знижують екскрецію сечі більш ніж у 40% новонароджених і дітей раннього дитячого віку.

При нецукровому діабеті при достатньому вживанні води хворі ведуть нормальний спосіб життя. Необхідно уникати умов, при яких є труднощі в постачанні води (прогулянки в безводній місцевості та ін), так як обмеження прийому рідини може привести до гіперосмолярності і дегідратації організму [3].

Рекомендуються профілактичні медичні огляди, також необхідно запам'ятати прості правила, які важливо дотримуватися: мінімальне вживання солодошів, правильне харчування, постійний контроль за масою тіла, щоб вона не перевищувала норму. Це більш важливо для тих, у кого спостерігається гіпертонія, атеросклероз, ожиріння, а також для людей похилого віку.

Для поповнення запасів фосфору, необхідного для мозку, слід їсти більше риби і м'яса, а також яєчних жовтків і молочних продуктів. Потрібно регулярно приймати зміцнюючі і заспокійливі засоби - залізо, бром, валеріану [2].

#### Література

1. Кочергіна І.І., Зефірова Г.С., Казей Н.С., Антидіуретичний гормон. Порушення секреції і механізму дії. Клінічні синдроми. М. 1999.
2. Потьомкін В.В., Ендокринологія, М., Медицина, 1999.

### **КОРОТКОЗОРІСТЬ У ШКОЛЯРІВ. ПРИЧИНИ ПРОЯВУ ТА ПРОФІЛАКТИКА КОРОТКОЗОРОСТІ.**

*Огар А.В., Корчан Н.О.*

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

За даними ВООЗ 10% населення земної кулі складають інваліди.

В Україні 2,5 млн. чоловік офіційно належать до осіб з фізичними або розумовими порушеннями, у тому числі 14322 тис. дітей-інвалідів у віці до 16 років. 0,13% населення України складають інваліди з тяжкою патологією очей [3].

Одне із завдань у роботі з інвалідами по зору – компенсація сліпоти, в основі якої лежить використання можливостей людини, здатності знайти шляхи подолання вторинних відхилень. Що виникають у результаті сліпоти.

Порушення зору значною мірою обмежують можливості людини, відбиваються на її фізичному розвитку, психоемоційному стані, соціальній адаптації. Порушення зору негативно позначається на розвитку всіх сторін рухової функції [3].

Рухова функція є однією з основних проявів життєдіяльності людини, яка у значній мірі впливає на розвиток інших систем організму. При її порушенні створюються сприятливі умови для порушень опорно-рухового апарату, психіки, сенсорної і вісцеральних сфер [3].

У зв'язку з труднощами імітації й оволодіння просторовими уявленнями у сліпих і слабкозорих дітей змінюється правильна поза при ходьбі, бігу, у вільному русі, у рухливих іграх, при виконанні вправ на точність, координацію, швидкість і ін.

Поза дітей із залишковим зором при читанні і писанні з низькою опущеною головою, монозір, порушення бінокулярного зору негативно впливають на розвиток опорно-рухового апарату, що призводить до функціональних порушень постави, а також сприяє розвитку сколіотичної хвороби, плоскостопості й ін. [3].

Нині різні порушення зору надзвичайно широко розповсюджені по всьому світі. У нас в країні ними страждають приблизно 30% старшокласників і 30-35% студентів.