

з цервікального каналу та заднього своду вагіни.

Обстежено 50 жінок різних вікових категорій, з яких 35 мали скарги, а 15 – з профілактичною метою. Нормоциноз встановлено лише у 8 % обстежених. Виявлено 155 штамів УПМ. Найбільша кількість зразків містила *Candida spp.* (18,7 %), *Staphylococcus spp.* (10,3 %), *Gardnerella vaginalis* (9,7 %), *Streptococcus spp.* (7,1 %), *Mobiluncus spp.*, *Atopobium vaginae*, *Leptotrichia spp.*, *Eubacterium spp.* виявлено у невеликій кількості зразків, *Ureaplasma* (*U. urealyticum*+*U. parvum*) і *Mycoplasma hominis* не виявлено.

Таким чином, проведені дослідження показали, що метод ПЛР в режимі реального часу дозволяє своєчасно виявляти вагінальний дисбіоз у жінок, які навіть не мають виражених клінічних симптомів, та може бути використаний як скринінг у дослідженні УПМ для ранньої діагностики неспецифічного інфекційного процесу в урогенітальному тракті.

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

*Мироненко С.Г.*

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

Цукровий діабет (ЦД) – ендокринне захворювання, пов'язане з відносною або абсолютною недостатністю інсуліну. ЦД вже давно віднесли до трійки захворювань, що найчастіше призводять до інвалідизації населення й смерті. За даними ВООЗ, хвороба збільшує смертність в 2-3 рази й суттєво скорочує тривалість життя. При цьому кількість хворих щорічно збільшується в усіх країнах на 5-7%, а кожні 12-15 років подвоюється. Такі показники змушують лікарів говорити про неінфекційну епідемію щодо діабету [1, 2, 3].

За даними МОЗ, в Україні налічується близько 1,3 млн. хворих на цукровий діабет, з них близько 200 тисяч хворих потребують щоденного прийому інсуліну [1]. Вірогідно, що істинна розповсюдженість захворювання у 3 рази вища за рахунок невиявлених осіб та прихованих форм ЦД [4, 5, 6].

Виділяють дві форми діабету: інсулінзалежний діабет (ЦД I типу) та інсуліннезалежний діабет (ЦД II типу, діабет повних) [7-12].

При неякісному лікуванні ЦД він дає тяжкі ускладнення, які й стають причинами інвалідності або смерті хворих.

Поряд з медикаментозною, гормональною терапією та дієтотерапією велике значення надають програмі фізичної реабілітації, провідне значення в якій займає лікувальна фізкультура (ЛФК) та масаж [7-13].

Основний засіб ЛФК при діабеті – оздоровчі тренування у формі фізичних вправ циклічного характеру в аеробній зоні інтенсивності. Основними формами ЛФК у реабілітації хворих є ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), гідрокінезитерапія, ходьба, біг, біг на лижах, плавання, аеробні танці, велосипед (або заняття на велоергометрі), тредмілі, тренажери з одночасною роботою рук і ніг (орбітрек), ручний ергометр (після ампутації нижніх кінцівок) [8, 10, 13].

Основні вимоги до оздоровчих занять – тривалість тренування не менше 20 хв. (краще 30 хв.), на оптимальному для кожного хворого діапазоні пульсу, 3 рази на тиждень (краще 4 рази). Обов'язкові розминка і

заклучна частина, як мінімуму по 5 хвилин (для осіб з надлишковою масою тіла через схильність до травм ОРА – по 7-10 хвилин). Таким чином, мінімальна тривалість фізичних тренувань для хворих на діабет складає 30-40 хвилин 3-4 рази на тиждень. Оптимальні величини навантажень (за ЧСС) повинні складати 60-75% від порогу толерантності, встановленого при велоергометрії [8].

Окремим і дуже важливим пунктом в заняттях ЛФК з хворими на діабет є ЛГ для стоп, оскільки діабетична стопа одне з найбільш тяжких й інвалідизуючих ускладнень діабету [8-10].

До програм фізичної реабілітації при ЦД разом з ЛФК входить і масаж. Проводять загальний масаж, масаж попереково-крижової ділянки, комірцевої зони, а також паравертебрально у міжлопатковій ділянці й нижньогрудному відділі, передбачаючи можливість сегментарної активізації роботи підшлункової залози, що (при збереженні хоча б мінімальної ендокринної функції) стимулює продукцію інсуліну [8,9,11-13].

Таким чином, програми фізичної реабілітації є доступним і ефективним засобом у профілактиці й лікуванні ЦД.

### Література

1. Офіційний сайт інформаційного агентства Українські національні новини (УНН). Доступно: <https://www.unn.com.ua/uk/news/1762300-tsukroviy-diabet-v-ukrayini-epidemiya-bez-likiv-i-diagnoziv>.
2. Смирнов АВ, Накула МА. Сахарный диабет 1-го типа у детей и подростков: этиопатогенез, клиника, лечение. Лечащий врач. 2015; 6: 31-36.
3. Антошук РЯ. Цукровий діабет: етіологія захворювання. Молодий учений. 2016; 6: 277-280.
4. Соколова ЛК. Сахарный диабет 2-го типа. Роль семейного врача . Український медичний часопис. 2012; 1(87): 70-74.
5. Нетребенко ОК. Младенческие истоки хронических неинфекционных заболеваний: сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания. Педиатрия: Журнал имени Г.Н.Сперанского. 2014; 5 (93): 109-117.
6. Буряковская АА, Исаева АС. Сахарный диабет: роль генетических факторов в развитии заболевания. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2017; 1 (13): 110-119.
7. Расін МС, редактор. Внутрішні хвороби: Підручник для студентів стоматологічних факультетів. Полтава: ЧФ «Форміка»; 2002. 344 с.
8. Епифанов ВА, редактор. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. Москва: МЕДпресс-информ; 2005. 328 с.
9. Правосудов ВП. Учебник инструктора по лечебной физической культуре. Москва: Физкультура и спорт; 1980. 415 с.
10. Евдокимова ГА, редактор. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик. Москва: АСТ; СПб.: Сова; 2007. 991 с.
11. Попов СН, редактор. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры. Ростов н/Дону: Феникс; 1999. 608 с.
12. Мухін ВМ. Фізична реабілітація. Київ: Олімпійська література; 2000. 424 с.
13. Шаповалова ВА. Спортивна медицина і фізична реабілітація: Навчальний посібник. Київ: Медицина; 2008. 248 с.