

УДК 615.825: 616.65-002

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ, В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Андрій ШЛЬОМКА

Харківська державна академія фізичної культури

Анотація. У статті наведені отримані при проведенні досліджень порівняльні данні показників загального стану сечостатевої, серцево-судинної систем і адаптації організму хворих до фізичного навантаження для оцінки ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації осіб, що страждають на хронічний простатит, в умовах поліклініки, які доводять необхідність застосування комплексного підходу до призначення засобів фізичної реабілітації при хронічному простатиті на поліклінічному етапі реабілітації.

Ключові слова: хронічний простатит, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, сечостатева система, серцево-судинна система, поліклінічний етап фізичної реабілітації.

Постановка проблеми. Хронічний неспецифічний простатит є розповсюдженим захворюванням чоловіків у віці від 20-ти до 50-ти років, що досить важко піддається лікуванню.

Незважаючи на широке розповсюдження антибіотиків, питання про доцільне їхнє застосування при лікуванні хронічних простатитів остаточно не вирішене, а віддалені результати вивчені протягом невеликого відрізка часу. В останні десятиріччя лікування проводять з урахуванням цілого ряду факторів:

- запальний процес у передміхуровій залозі, як правило, має розповсюджений характер, захоплюючи передлежачі органи (сечовипускальний канал, сім'яний горбок, сім'яні міхурці та ін.). Тому лікування простатиту у більшості випадків будується з урахуванням необхідності купірування запального процесу в статевій системі у цілому. З кожним роком збільшується кількість хворих на неінфекційний простатит. В клініці хронічного простатиту на перший план часто виступають функціональні порушення (коулятивні, генеративні, дизуричні та больові синдроми). При наявності виділеного патогенного збудника й визначення його вразливості до антибактеріальних препаратів виникають деякі труднощі;

- хронічний простатит частіше вражає чоловіків у віці від 20 до 50 років й викликає значні зміни сечостатевої системи, призводить до нервово-психічних розладів, зниження працездатності. Вагоме значення у виникненні хронічного простатиту мають захворювання, які пов'язані з переохолодженням, інфекцією та гострі запальні захворювання, що викликаються вірусною інфекцією;

- збудником цього захворювання у більшості хворих є гемолітичний стафілокок, стійкий до багатьох антибіотиків. Ультразвукове обстеження повинно застосовуватися обмежено, лише у хворих з тривалим рецидивуючим перебігом хвороби з метою диференціальної діагностики.

Робота виконується відповідно до «Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006-2010 рр.» Міністерства у справах сім'ї, молоді і спорту України по темі 1.2.4 «Науково-методичні основи використання інформаційних технологій при підготовці фахівців фізичної культури і спорту», номер державної реєстрації 0106U0011994. Розділ: «Медико-біологічне обґрунтування комплексного підходу до фізичної реабілітації тренуваних та нетренуваних осіб із захворюваннями різних систем організму з використанням інформаційного моделювання».

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Науково обґрунтовані відомості про хронічний простатит, як самостійне захворювання, з'явилися у середині ХІХ сторіччя. Заслуга відокремлення хронічного простатиту у нозологічне захворювання належить Велью, Д. Гроссу, Ф. Гуйону, Є. Сегонду [6].

Праці означених авторів стали поштовхом до детального вивчення цього захворювання. Великий вклад у розробку питань діагностики та лікування хронічного простатиту внесли вітчизняні вчені: А.Г. Подрез, Б.Н. Хольцов, А.І. Васільєв, І.М. Порудомінський, М.Б. Пластунов [7; 9], які вважали, що хронічний простатит у 60-70 % випадків був супутником уретриту, везикуліту, епідидиміту, зумовлюючи своєрідність клінічної картини. Тривало поточний запальний процес в передміхуровій залозі нерідко є причиною зниження статевої функції, працездатності, розвитку нервово-психічних розладів хворого. Однак, незважаючи на злободенність та значний інтерес до даної проблеми, діагностика та лікування хронічного простатиту є недостатньо розробленим розділом урології. Значна увага запальним захворюванням сечостатевої сфери приділялася на І-ІІІ з'їздах російських та українських урологів. Спостереження останніх років довели, що однією з частих причин виникнення хронічного простатиту є вірусна і гноєтворна інфекція, кишкова флора, трихомоніаз, асептичні форми та значно менше місце займають гонорейні форми цього захворювання [5; 12; 15; 16].

У останні роки під час лікування хворих на хронічний простатит крім медикаментозних засобів застосовують засоби фізичної реабілітації.

Мета роботи: обґрунтувати необхідність комплексного підходу до призначення засобів фізичної реабілітації при хронічному простатиті на поліклінічному етапі реабілітації.

Завдання роботи:

1. Розробити комплексну програму фізичної реабілітації для чоловіків, які страждають на хронічний простатит, в умовах поліклініки.

2. Оцінити ефективність розробленої та впровадженої комплексної програми фізичної реабілітації на основі вивчення динаміки деяких показників організму хворих.

Результати досліджень. Дослідження проводилися нами в три етапи. На першому етапі була проведена аналітична та узагальнююча робота на підставі вивчення спеціальної літератури по даній проблемі, у ході якої були розглянуті такі основні питання, як етіологія, патогенез, сучасна клінічна класифікація хронічного простатиту, особливості клінічного перебігу хронічного простатиту, методи його медикаментозного і немедикаментозного лікування. Докладно охарактеризовані існуючі підходи до фізичної реабілітації осіб, що страждають цим захворюванням. У результаті цього була розроблена спеціальна програма фізичної реабілітації дорослих хворих хронічним простатитом в умовах поліклініки, яка містить комплекси лікувальної фізичної культури, пальцевий масаж передміхурової залози, загальний лікувальний масаж, біг і ходьбу, самомасаж, ауто-тренінг, фізіотерапію.

Другий етап дослідження проходив в умовах відділення реабілітації поліклініки ОЛК № 1 м. Харкова. Під спостереженням знаходилось 30 осіб, що страждають хронічним простатитом, віком 20-35 років чоловічої статі, що були розподілені на дві групи: контрольну 15 чоловіків (КГ) і основну – 15 чоловіків (ОГ). Обидві групи були однорідні за віком, рівнем фізичної підготовленості, клінічним перебігом захворювання. Спостереження за даним контингентом хворих здійснювалося протягом 4-х місяців (жовтень – лютий 2006-2007 рр.). Крім основного захворювання в хворих обох груп були супутні захворювання, такі як задній уретрит, колікуліт, везикуліт, орхіепідидиміт, патологія серцево-судинної системи, початкові стадії артеріальної гіпертонії або гіпотонії й інші (табл. 1).

Заняття з обстеженим контингентом проводилися 5 разів на тиждень у залі лікувальної фізичної культури. У вихідні дні хворі займалися самостійно вдома лікувальною гімнастикою. Крім того, обидві групи хворих чоловіків одержували пальцевий масаж простати, а також фізіотерапію, яка була різною у хворих контрольної та основної групи.

Також хворі навчалися аутогенному тренуванню, яке спочатку проводилося під контролем психотерапевта, а потім самостійно. Обидві групи 5 разів на тиждень одержували процедури лікувального масажу, але в основній групі додатково при проведенні процедури масажу ми використовували деякі елементи шіяцу. Заняття проводилися малогруповим методом. Курс лікування – 4 тижні.

Таблиця 1

Характеристика супутньої патології обстеженого контингенту контрольної й основної груп

Супутні захворювання	Основна група, чол. (%)	Контрольна група, чол. (%)
1. Задній уретрит	2 (13,33)	2 (13,33)
2. Везикуліт	3 (20,0)	2 (13,33)
3. Колікуліт	2 (13,33)	3 (20,0)
4. Куперіт	2 (13,33)	2 (13,33)
5. Патологія серцево-судинної системи	1 (6,68)	1 (6,68)
6 Захворювання шлунково-кишкового тракту	2 (13,33)	2 (13,33)
7. Облітеруючий ендартеріт	3 (20,0)	3 (20,0)
Усього	15 (100)	15 (100)

На третьому етапі досліджень було проведене опрацювання результатів, отриманих для оцінки ефективності розробленої і застосованої програми фізичної реабілітації дорослих осіб, що страждають хронічним простатитом. На основі аналізу отриманих результатів були зроблені обґрунтовані висновки і практичні рекомендації.

У хворих контрольної групи заняття лікувальної гімнастики були такими ж, як в основній, але при проведенні самомасажу та лікувального масажу використовувався додатково точковий масаж, а також діатермія.

Заняття в основній групі проводилися за такою схемою. Перед кожним заняттям ЛФК, хворі на хронічний простатит проводили сеанс самомасажу (при не в змозі виконання самостійно, масаж виконувався масажистом) [1; 2; 4; 8; 10; 11; 13; 14].

Для оцінки ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації обстеженого контингенту нами було проведено порівняльний аналіз показників загального стану сечостатевої, серцево-судинної систем і адаптації організму хворих до фізичного навантаження.

При первинному обстеженні хворі обох груп скаржилися на слабкість, підвищену стомлюваність, головний біль, напади різкого болю в паху (2-3 рази) удень, що періодично виникають, нав'язливий стан, підвищену дратливість, порушення сну, задишку при фізичному навантаженні, біль при сечовипусканні, неприємні відчуття в області серця, що періодично з'являлися, серцебиття приблизно в однаковому відсотку випадків (у контрольній групі – 84 %, в основній – у 82 % хворих). При зовнішньому огляді та проведенні фізичного обстеження у хворих відзначалася наявність блідості шкіряних покривів обличчя, іноді гіперемія шкіри в області статевих органів, нижніх кінцівок.

Зміни функції серцево-судинної системи при первинному обстеженні в обох групах носили односпрямований характер. Відзначалася приблизно однакова частота серцевих скорочень, розмір систолічного тиску (СТ), діастолічного тиску (ДТ), пульсового тиску (ПТ) у спокої та після фізичного навантаження.

При повторному обстеженні, наприкінці курсу фізичної реабілітації, було виявлено, що в основній групі відзначалася більш виражена достовірна позитивна динаміка показників серцево-судинної системи (табл. 2). У контрольній групі вона була менш вираженою (див. табл. 2). У результаті оцінки показників фізичного розвитку за даними виміру зрістових показників, кистьової динамометрії і розміру екскурсії грудної клітини при пер-

винному обстеженні достовірних розходжень не було виявлено. Зміни функції сечостатевої системи при первинному обстеженні в обох групах носили односпрямований характер.

Відзначалися: простаталгія, зміни форми, розміру й консистенції передміхурової залози; підвищена лейкоцитарна реакція секрету передміхурової залози; екстрагенітальний біль, тазова симпаталгія, тяжкість внизу живота, свербіж в області сечовипускального каналу, промежини, анального отвору; парастезії в геніталіях (відчуття лоскотання в сечовипускальному каналі, відчуття "повзання мурах", похолодання геніталій та ін.); паталогічні виділення з сечовипускального каналу; прискорені позиви до сечовипускання, переривчастий струмінь сечі; зміни сім'яного горбка, задньої уретри; зміни сім'яних міхурців, патологія прямої кишки.

При повторному обстеженні наприкінці курсу фізичної реабілітації було виявлено, що в основній групі відзначалася більш виражена достовірна позитивна динаміка показників сечостатевої системи і адаптації до фізичного навантаження (див. табл. 2).

У хворих основної групи в 77 % випадків не відзначалося затримки сечовипускання, нападів болю в паху протягом дня або одиничних (33 %). У контрольній групі не відзначалося такої динаміки (відзначалося наявність затримок сечовипускання, нападів болю в паху 1-2-х раз у день у 60 % хворих). Фізикальні дані поліпшилися в 80 % у хворих основної групи і тільки в 58 % хворих контрольної групи.

У хворих основної групи покращилися суб'єктивні показники в порівнянні з контрольною групою: зменшилася тяжкість унизу живота, свербіння у сечовипускальному каналі, біль над лобком, біль у попереково-крижовому відділі, свербіння у задньому проході й промежині, виділення слизу з сечовипускального каналу після натути, порідшали позиви до сечовипускання, струмінь сечі став менш переривистий. Зникли зміни форми, розміру й консистенції передміхурової залози, знизилися лейкоцитарні реакції секрету передміхурової залози, зникли екстрагенітальний біль й тазова симпаталгія, прийшли до норми лейкоцити у крові й сечі.

Динаміка гемодинамічних показників в обох групах носила такий характер: в основній групі відбувався достовірний розвиток економізації діяльності серцево-судинної системи в спочинку (зменшення частоти серцевих скорочень, діастолічного тиску) і після фізичного навантаження спостерігалася менша реакція частоти серцевих скорочень, мало місце прискорення часу відновлення частоти серцевих скорочень і артеріального тиску після фізичного навантаження (див. табл. 2).

У контрольній групі відзначалося достовірне поліпшення тільки тривалості відновлення пульсу і артеріального тиску.

Відзначалося достовірне збільшення показника фізичної працездатності в обох групах обстежених хворих, але воно було значнішим в основній групі.

При порівнянні даних контрольної та основної груп достовірність була практично однаковою, але в основній групі більш покращилась частота серцевих скорочень (див. табл. 2).

Таким чином, запропонована програма фізичної реабілітації з використанням занять лікувальної гімнастики, самомасажу, масажу передміхурової залози, аутотренінгу в сполученні з дозованою ходьбою і бігом була ефективною, раціональною і сприяла зменшенню кількості затримок сечовипускання і приступів болю в паху. Критеріями ефективності є:

- ❖ Позитивна динаміка клінічних проявів захворювання.
- ❖ Відновлення нормальної діяльності сечостатевої системи, без виділень з сечовипускального каналу, без частих позивів до сечовипускання, без парестезії в геніталіях. Передміхурова залоза прийняла нормальні розміри, зменшилось число лейкоцитів у крові та сечі, секреті передміхурової залози, зник фіброз.

Таблиця 2

Показники	Величини показників	t	p
1	2	3	4
Динаміка показників основної групи при I та II обстеженнях			
СТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	136,0±1,3		
II	130,7±1,5	2,68	<0,005
після заняття ЛГ			
I	146,0±1,3		
II	142,0±1,4	2,09	<0,05
ДТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	86,7±0,9		
II	84,3±0,9	1,81	>0,05
після заняття ЛГ			
I	89,3±1,2		
II	87,0±0,8	1,61	>0,05
ПТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	50,0±1,0		
II	46,0±1,6	2,22	<0,05
після заняття ЛГ			
I	56,7±1,9		
II	56,7±1,9		
Лейкоцити *10 ⁹ /л			
I	8,6±0,08	17,27	
II	6,7±0,08		<0,00001
Паличка ядерні лейкоцити *10 ⁹ /л			
I	5,4±0,1		
II	4,3±0,05	10,00	<0,00001
Секрет передміхурової залози (лейкоцити)			
I	27,1±1,4		
II	3,4±0,2	16,95	<0,00001
Динаміка показників контрольної групи при I та II обстеженнях			
Пульс, пошт. за хв. до заняття ЛГ			
I	74,8±0,9		
II	68,8±0,9	4,72	<0,00001
після заняття ЛГ			
I	104,4±1,1		
II	100,0±1,1	2,82	<0,005
СТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	136,0±1,3		
II	130,7±1,5	2,68	<0,005
після заняття ЛГ			
I	148,0±1,7		
II	144,0±1,3	1,89	>0,05

Продовження таблиці 2

1	2	3	4
ДТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	86,7±0,9		
II	83,3±0,8	2,83	<0,005
після заняття ЛГ			
I	89,3±1,1		
II	87,3±1,3	1,17	>0,05
ПТ, мм рт.ст. до заняття ЛГ			
I	49,3±1,1		
II	47,3±1,2	1,23	>0,05
після заняття ЛГ			
I	58,7±1,8		
II	56,7±1,7	0,81	>0,05
Лейкоцити *10 ⁹ /л			
I	8,6±0,06		
II	6,8±0,09	16,36	<0,00001
Секрет передміхурової залози (лейкоцити)			
I	27,0±1,5		
II	3,7±0,2	13,39	<0,00001

Висновки

1. Хронічний простатит є одним із найпоширеніших захворювань у чоловіків молодого віку, основними проявами якого є виникнення затримок при сечовипусканні, біль в низу живота.

2. Основним у лікуванні хронічного простатиту є сполучення масажу передміхурової залози з іншими видами медикаментозних і немедикаментозних впливів. Серед останніх віддається пріоритет сполученню ЛФК і масажу з різноманітними видами фізіотерапії, точковим масажем, аутотренінгом, елементами шіацу.

3. Запропонована програма фізичної реабілітації з використанням занять лікувальної гімнастики, самомасажу, масажу передміхурової залози, аутотренінгу в сполученні з дозованою ходьбою і бігом була ефективною, раціональною і сприяла зменшенню кількості затримок сечовипускання і приступів болю в паху.

4. Критеріями ефективності є: позитивна динаміка клінічних проявів захворювання; відновлення нормальної діяльності сечостатевої системи, без виділень з сечовипускального каналу, без частих позивів до сечовипускання, без парестезії в геніталіях. Передміхурова залоза прийняла нормальні розміри, зменшилось число лейкоцитів у крові та сечі, секреті передміхурової залози, зник фіброз.

Подальший напрямок досліджень. Розробка комплексної програми фізичної реабілітації чоловіків зрілого та похилого віку після трансуретральної ендоскопічної резекції аденоми передміхурової залози на стаціонарному етапі лікування.

Список літератури

1. *Белая Н.А.* Руководство по лечебному массажу. – М.: Медицина, 1983. – 287 с.
2. *Белая Н.А., Петров И.Б.* Массаж лечебный и оздоровительный: Практическое пособие. – М.: Т. – Око, 1994. – 270 с.: ил.
3. *Белая Н.А.* Лечебная физкультура и массаж. – М.: Советский спорт, 2001. – 314 с.: ил.

4. Бирюков А.А. Лечебный массаж. – М.: Советский спорт, 2000. – 304 с.: ил.
5. Богомольный Н.Г., Плотникова В.А. Результаты бактериологического исследования у больных хроническим простатитом // Здоровоохранение. – Кишинев. – 1971. – Вип. № 7. – С. 15–16.
6. Вартапетов Б.А., Демченко А.Н. Предстательная железа и возрастные нарушения половой деятельности. – К.: Здоров'я, 1970. – 219 с.: с ил.
7. Васильев А.И. Уретроскопия и эндоуретральные операции. – М.: Медицина, 1955. – 211 с.
8. Вербов А.Ф. Основы лечебного массажа. – М.: Медицина, 1996. – 270 с.: ил.
9. Горпиченко И.И. Характеристики сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Киев, 1977. – 19 с.
10. Дубровский В.И. Массаж. – М.: ВЛАДОС, 1999. – 20-8 с.: ил.
11. Ефіменко П.Б. Техніка та методика масажу: Навчальний посібник. – Харків: «ОВС», 2001. – 144 с.
12. Карпенко В.С., Романенко А.М., Гринько А.Д. Склероз предстательной железы. – К.: Здоров'я, 1985. – 144 с., ил.
13. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – Ленинград: Медицина, 1985. – 280 с.: ил.
14. Лимфа – живая вода организма. Самомассаж, очищение организма / Сост. Таркинский О.П. – Харьков: Изд-во «Харків», 1998. – 128 с.
15. Проскура О. В. Хронический простатит // Руководство по клинической урологии. Под ред. А.Я. Пытеля. – М.: Медицина, 1970. – 276 с.
16. Юнда И.Ф. Воспалительные заболевания предстательной железы (простатиты) / В кн. «Заболевания предстательной железы». Под ред. А.В. Люлько. – К.: Здоров'я, 1984. – 273 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Андрей ШЛЕМКА

Харьковская государственная академия физической культуры

Аннотация. В статье приведены полученные при проведении исследования сравнительные данные показателей общего состояния мочеполовой, сердечно-сосудистой систем и адаптации организма больных к физическим нагрузкам для оценки эффективности разработанной комплексной программы физической реабилитации лиц, страдающих хроническим простатитом, в условиях поликлиники, которые доказывают необходимость комплексного подхода к назначению средств физической реабилитации при хроническом простатите на поликлиническом этапе реабилитации.

Ключевые слова: хронический простатит, лечебная физическая культура, лечебный массаж, физиотерапия, мочеполовая система, сердечно-сосудистая система, поликлинический этап физической реабилитации.

COMPLEX PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION OF PERSON,
SUFFERINGS CHRONIC PROSTATITIS,
IN THE CONDITIONS OF HEALTH CENTRE

Andrij SHLOMKA

Kharkov State Academy of Physical Culture

Abstract. In the article the comparative information of indexes of the general state of urogenital, cardiovascular systems and adaptation of organism of patients to the physical loadings for the estimation of efficiency of the developed complex program of physical rehabilitation of persons, sufferings chronic prostatitis, in the conditions of clinic, which prove the necessity of the complex approach to setting of facilities of physical rehabilitation at chronic prostatitis on the polyclinic stage of rehabilitation are given in the result of research work.

Key words: chronic prostatitis, medical physical culture, medical massage, physiotherapy, urogenital system, cardiovascular system, clinic stage of physical rehabilitation.