

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Андрій ШЛЬОМКА

Харківська державна академія фізичної культури

Анотація. У статті приведено отриманні при проведенні первинного обстеження порівняльні дані показників загального стану основних функціональних систем організму чоловіків, хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози у передопераційному періоді. Також описується розроблена з урахуванням усіх отриманих даних комплексна програма фізичної реабілітації чоловіків після трансуретральної резекції на стаціонарному етапі лікування.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, трансуретральна резекція, комплексна програма фізичної реабілітації, передопераційний період.

Постановка проблеми. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є одним із найпоширеніших захворювань чоловіків літнього віку. В Україні кількість зареєстрованих хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози становить більш ніж 100 тисяч чоловіків. Це захворювання значно впливає на якість життя чоловіків старших ніж 50 років. Однак останнім часом спостерігається тенденція до зменшення віку хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози – вона уражає і 40-літніх. У чоловіків старших ніж 50 років доброякісна гіперплазія трапляється в 50 %, у 60-літніх – в 75%, у 90-літніх практично в 100 % [1].

Зв'язок роботи з науковими планами. Відповідно до Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006 – 2010 рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту за темою: „Медико-біологічне обґрунтування комплексного підходу, до фізичної реабілітації тренуваних і нетренуваних осіб із захворюваннями різних систем організму з використанням інформаційного моделювання”. Шифр теми: 4.3.3.2 п, номер держреєстрації: 0108U004553.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Першим органом, що страждає при ДГПЗ є сечовий міхур. Якщо з початку захворювання детрузор ще компенсує порушення видалення сечі, то на пізніших стадіях настає його гіпотрофія, що не може не віддзеркалюватися на моторній функції сечоводів із підвищенням внутримисочного тиску та наступним порушенням азотовидільної функції нирок [3,5]. Порушення функції нирок, веде до порушення функції печінки та всього апарату травлення. Все це віддзеркалюється на стані центральної нервової та кардіореспіраторної системах. Незважаючи на очевидні успіхи консервативної терапії, близько половини хворих піддаються оперативному лікуванню. При цьому в провідних медичних центрах більше ніж 95 % втручань становлять монополярні ендоскопічні операції [4,7]. Серед них найчастіше застосовують трансуретральну електрорезекцію з вапоризацією (ТУР).

При підготовці до ТУР ДГПЗ в передопераційному періоді у хворих виникають неправильні думки про те, що в результаті оперативного втручання вони залишаться без простати – „другого серця чоловіка”, що, в свою чергу, провокує помилкову настанову на негативний результат оперативного втручання. Характер патологічного процесу, обстановка хірургічного відділення посилюють неврастенічний стан, що виявляється в обмеженні рухової активності при підготовці до операції, викликає цілу низку суб'єктивних та об'єктивних змін багатьох органів та систем організму [4].

До післяопераційних ускладнень належать: орхіти й орхіепідіміти, уретрити та паравуретральні абсцеси, стриктури уретри та склероз шийки сечового міхура, пошкодження устя

сечоводу, нетримання сечі, больовий синдром у попереково-крижовому відділі хребта [9, 10, 11, 12, 13].

Для утримання сечі в сечовому міхурі необхідний і достатній один інтактний сфінктерний механізм (проксимальний-внутрішній або дистальний зовнішній сфінктер). Після ТУР утримання сечі здійснюється переважно за рахунок зовнішнього сфінктера, що залишився, за умови, що є нормальний (стабільний) детрузор і нормальний або невисокий внутрішньоміхуровий тиск [13, 15, 16]. Будь-яке пошкодження зовнішнього сфінктера під час операції приведе до нетримання сечі. Сфінктерна недостатність, за спостереженнями С. І. Терещука, зареєстрована в 30 % випадків, також були зареєстровані такі зміни в області шийки сечового міхура та зовнішнього сфінктера: контрактура або склероз шийки сечового міхура – 12 %, стриктура уретри – 11 %. Інша причина нетримання сечі деяких хворих, була в залишках тканини аденоми. [4].

Нетримання сечі будь-якого генезу викликає дискомфорт і неприємності більш, ніж інші симптоми або синдроми, пов'язані з порушенням сечовипускання. Майже всі хворі з нетриманням сечі мають незадовільне сексуальне життя [4, 16, 17].

Виникнення венозного застою та тромбоутворення в басейні пенального кровообігу в сукупності з порушеннями, пов'язаними з перенесеною операцією, також впливають на зниження сексуальної функції.

До розряду сексуальних розладів належить ретроградна еяколяція [7, 8].

До ранніх післяопераційних ускладнень, які виникають у чоловіків похилого віку після ТУР ДГПЗ, також належить больовий синдром у попереково-крижовій ділянці та парестезія нижніх кінцівок, які виникають через застосування епідуральної або передуральної анестезії у поєднанні з дегенеративно дистрофічними змінами у попереково-крижовій ділянці, які притаманні практично всім чоловікам у цьому віці [4].

На тлі дефіциту рухів у передопераційному періоді, дефіцит рухів у ранньому післяопераційному періоді в поєднанні з больовими відчуттями провокує розвиток „гіпокінетичного синдрому”, який у свою чергу викликає погіршення здоров'я, виснаження фізичних та інтелектуальних сил, зниження резервів до адаптації та резистентності до хвороб.

Розробка і наукове обґрунтування комплексної програми фізичної реабілітації для чоловіків після ТУР ДГПЗ значно підвищить якість життя цього контингенту хворих, прискорить фізичну, психологічну, соціальну та медичну реабілітацію хворих.

У той же час питанням використання засобів комплексної фізичної реабілітації у передопераційному, ранньому та пізньому післяопераційних періодах у чоловіків літнього віку, які перенесли ТУР ДГПЗ, у вітчизняній та іноземній літературі приділено недостатньо уваги.

Мета роботи: науково обґрунтувати та розробити комплексну програму використання засобів фізичної реабілітації з урахуванням наявності та виразності супутніх захворювань серцево-судинної, дихальної систем та опорно-рухового апарату, а також психоемоційного стану чоловіків після ТУР ДГПЗ для поліпшення якості життя.

Методи дослідження. Аналіз наукової та науково-методичної літератури за темою дослідження; вивчення історій хвороб із внесенням даних у спеціально розроблену „Карту медичних спостережень”; анкетування хворих чоловіків до та після оперативного втручання (за методикою „САН”, Спілбергера-Ханіна та шкалою симптомів IPSS та QOL); антропометричні дослідження (вимірювання зросту, ваги, екскурсії грудної клітини (ЕГК), екскурсія черевної стінки (ЕЧС), раз рахування індексу маси тіла Кетле – ІМТ; інструментальні методи (рентгенографія, електрокардіографія, спірометрія, артеріальна тонометрія, ультразвукова діагностика); функціональні проби і тести (гіпоксичні проби Штанге та Генчі); лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові); лікарсько-педагогічні спостереження; методи математичної статистики.

Результати досліджень. Дослідження проводилися в умовах урологічного відділення Миргородської обласної клінічної лікарні. Ми спостерігали 70 чоловіків, хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, віком 51 до 85 років, вони були розділені на дві групи: контрольну (КГ) 35 і основну (ОГ) – 35 чоловіків. Обидві групи були однорідні за

віком та частотою скарг. Спостереження за цим контингентом хворих здійснювалося з грудня 2008 по серпень 2009.

Крім основного захворювання в хворих обох груп відзначалася наявність супутніх патологій. Приблизно в однаковому процентному співвідношенні серцево-судинної системи: гіпертонічна хвороба (ОГ – 82,8 %, КГ – 72,3 %), ішемічна хвороба серця (ОГ – 27,5 %, КГ – 11,4 %), серцева недостатність (ОГ – 22,9 %, КГ – 14,3 %), миготлива аритмія (ОГ – 5,7 %, КГ – 2,9 %), кардіосклероз (ОГ – 2,9 %, КГ – 0 %); сечостатевої системи: простатити та аденоми (ОГ – 14,3 %, КГ – 14,3 %), сечокам'яна хвороба (ОГ – 11,4 %, КГ – 11,4 %), цистити (ОГ – 8,6 %, КГ – 11,4 %), уретро гідронефроз (ОГ – 5,7 %, КГ – 11,4 %), поліпи сечового міхура (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), пієлонефрит (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), ниркова недостатність (ОГ – 2,9 %, КГ – 5,7 %), конкременти у нирках (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), гідроцеле (ОГ – 0 %, КГ – 5,7 %), дивертикули сечового міхура (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), уретрит (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), епідідиміт (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %). Інші захворювання: цукровий діабет (ОГ – 5,7 %, КГ – 0 %), глаукома (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), хронічний бронхіт (ОГ – 2,9 %, КГ – 2,9 %), остеохондроз (ОГ – 11,4 %, КГ – 2,9 %).

На цьому етапі було проведено первинне дослідження та порівняння даних кардіореспіраторної системи (табл. 1). За отриманими показниками при співвідношенні величин показників чоловіків основної та контрольної групи не було виявлено вірогідних відмінностей за усіма визначеними параметрам функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Таблиця 1

Динаміка показників кардіореспіраторної системи у чоловіків обох груп у передопераційному періоді

№	Показник	КГ (35)	ОГ (35)	t	p
		M1±m1	M2±m2		
1.	Ps, пошт.*хв. ⁻¹	78,31±0,89	78,36±0,97	0,04	>0,05
2.	АТ сист., мм. рт.ст.	137,33±1,87	135,52±1,75	0,67	>0,05
3.	АТ диаст., мм. рт.ст.	84,22±1,86	83,38±2,09	0,66	>0,05
4.	АТ пульс., мм. рт.ст.	53,93±0,82	52,92±1,37	0,62	>0,05
5.	ЧД, за хв	17,92±0,42	17,42±0,49	0,77	>0,05
6.	ЕГК, см	2,32±0,11	2,39±0,16	0,37	>0,05
7.	ЕБС, см	2,04±0,04	2,08±0,04	0,67	>0,05
8.	ЖЕЛ, мл	2351,78±45,63	2355,77±35,81	0,35	>0,05
9.	Проба Штанге, с	38,89±0,43	37,92±0,40	0,92	>0,05
10.	Проба Генчі, с	22,48±0,46	22,42±0,39	0,10	>0,05

Порівнювання даних клінічного аналізу крові чоловіків обох груп у передопераційному періоді не виявило вірогідних відмінностей у кількості еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів та швидкості осідання еритроцитів (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка показників клінічного аналізу крові у чоловіків обох груп у передопераційному періоді

№	Показник	ОГ (n35)	КГ (n35)	t	p
		X ₁ ±m ₁	X ₂ ±m ₂		
1.	Еритроцити, *10 ¹² /л	4,13±0,08	4,14±0,05	0,11	>0,05
2.	Гб, г*л ⁻¹	126,35±1,29	126,83±1,21	0,27	>0,05
3.	Лейкоцити, *10 ⁹ /л	7,49±0,50	8,97±0,50	2,08	>0,05
4.	ШОЕ, мм*год ⁻¹	11,91±0,92	11,38±1,06	0,38	>0,05

Аналізуючи дані психоемоційного стану (табл. 3), ми достовірно визначили, що усі хворі чоловіки основної та контрольної групи відчували себе хворими, розбитими, знесиленими, стомленими, млявими, виснаженими, сумними (приблизно або 100 % в обох групах), а дані анкетування за методикою Спілбергера – Ханіна свідчать про те, що показники рівня особистої та реактивної тривожності знаходяться на дуже високому рівні.

**Динаміка показників психоемоційного стану чоловіків обох груп
у передопераційному періоді**

№	Показник	ОГ (n35)	КГ (n35)	t	p
		$X_1 \pm m_1$	$X_2 \pm m_2$		
1.	Самопочуття	2,27±0,06	2,32±0,06	0,96	>0,05
2.	Активність	3,10±0,10	3,18±0,11	0,86	>0,05
3.	Настрій	2,35±0,05	2,51±0,04	0,25	>0,05
4.	САН	7,73±0,14	8,01±0,13	0,83	>0,05
5.	Реактивна тривожність	60,85±0,74	62,04±0,9	1,02	>0,05
6.	Особиста тривожність	49,5±1,75	51,61±1,68	0,86	>0,05

Ми вважаємо, що це пов'язано з очікуванням оперативного втручання, а також переїгом подальшого лікування.

Показники симптомів нетримання сечі та якості життя (табл. 4) разом з ультразвуковим та пальцевим дослідженням передміхурової залози свідчать про те, що у хворих чоловіків обох груп стадія патологічного процесу у передміхуровій залозі була на одному рівні (II-III ст.)

Таблиця 4

**Динаміка показників симптомів нетримання сечі (IPSS) та якості життя (QOL)
у чоловіків обох груп у передопераційному періоді**

№	Показник	ОГ (n)	КГ (n)	t	p
		$X_1 \pm m_1$	$X_2 \pm m_2$		
1.	IPSS	21,87±0,98	22,98±0,80	0,98	>0,05
2.	Індекс QOL	4,34±0,20	4,60±0,16	1,06	>0,05

Враховуючи вік, наявність супутніх патологій, отриманні данні первинного дослідження, характер оперативного втручання та спосіб анестезії, ми розробили комплексну програму фізичної реабілітації чоловіків літнього віку після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози на стаціонарному етапі лікування.

Загальні завдання нашої комплексної програми фізичної реабілітації:

- поліпшення психоемоційного стану;
- попередження застійних явищ в органах малого тазу та нижніх кінцівках;
- поліпшення сечовипускання за рахунок тренування сфінктерів сечового міхура;
- зміцнення м'язів тазового дна;
- уникнення ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту;
- нормалізація функцій серцево-судинної системи;
- боротьба з апатією та адинамією.
- поліпшення процесів метаболізму;
- поліпшення роботи нирок.

Для вирішення поставлених завдань ми застосували:

- елементи психокорекції;
- лікувальну фізичну культуру;
- психоенергетичний варіант аутогенного тренування;
- самомасаж.

Застосування елементів психокорекції полягало у використанні розробленої нами динамічної схеми співвідношення доброякісної гіперплазії і передміхурової залози в бесідах за методикою AIDA, які спрямовані на підвищення мотивації хворих чоловіків літнього віку навчатися і виконувати самостійно запропоновані їм засоби нашої комплексної програми фізичної реабілітації!

Застосована лікувальна фізична культура мала такі форми:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- лікувальна гімнастика;
- самостійні заняття.

Засоби:

- вправи для загального розвитку;
- спеціальні динамічні;
- спеціальні статичні вправи.

Як альтернативу до класичного аутогенного тренування за методикою Шульца, ми використали психоенергетичний варіант аутогенного тренування (ПВАТ). ПВАТ – активний метод психотерапії, психопрофілактики, що підвищує функціональні можливості організму, позитивно впливає на вегетативну нервову систему.

Ми вирішили використати самомасаж попереково-крижової ділянки хребта, сідниць та черевної стінки, враховуючи такі негативні наслідки від субдуральної анестезії як болі у попереково-крижовому відділі хребта, парестезії нижніх кінцівок, а також для профілактики метеоризму та атонії шлунка.

Висновки

1. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози є розповсюдженим захворюванням чоловіків віком від 40 років і старше.

2. Основним методом лікування доброякісної гіперплазії є трансуретральна резекція з вапоризацією.

3. Питанням використання засобів комплексної фізичної реабілітації у передопераційному, ранньому та пізньому післяопераційних періодах у чоловіків літнього віку, які перенесли ТУР ДГПЗ, у вітчизняній та іноземній літературі приділено недостатньо уваги.

4. Показники обстеження функціонального стану чоловіків у передопераційному періоді свідчать про однорідність досліджуваних чоловіків обох груп.

5. Результати обстежень, проведених у ранньому післяопераційному періоді, свідчать про те, що у хворих обох груп, незалежно від віку, спостерігалось значне погіршення показників обстежених систем організму хворих.

6. Отримані при дослідженні дані було враховано при розробці комплексної програми фізичної реабілітації, яку ми рекомендували хворим основної групи у ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

7. Розроблена нами комплексна програма фізичної реабілітації чоловіків після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози на стаціонарному етапі лікування поєднала у собі такі засоби фізичної реабілітації, як елементи психокорекції, лікувальну фізичну культуру, психоенергетичний варіант аутогенного тренування та самомасаж.

Подальший напрямок досліджень. Оцінити вплив розробленої нами комплексної програми фізичної реабілітації чоловіків після ТУР ДГПЗ на стаціонарному етапі лікування на чоловіків ОГ у ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

Список літератури

1. *Бондаренко Ю. М.* Порівняльний огляд післяопераційних ускладнень у хворих на гіперплазію передміхурової залози. / Ю. М. Бондаренко. Буковинський медичний вісник. – 2006. – Т. 10, №1 2006. – С. 11 – 14.

2. *Винаров А. З.* / А. З. Винаров, Э. Г. Аламазов // Материалы X Российского съезда урологов. – М. : Информполиграф. 2002. – С. 33–42.

3. *Горилковский Л. М.* Доброякісна гіперплазія передміхурової залози / Л. М. Горилковский, М. Б. Зингеренко // Мужское здоровье и долголетие : Материалы 2-го Российского форума. – М. : РимиЭкспо, 2004. – С. 40–41.

4. *Доброкачественная гиперплазия простаты и половая функция* / [О. К. Аромире, С. И. Терещук, Э. К. Арнольди, В. Н. Лесовой]. – Ростов н/Д : Феникс, 2001. – 352 с.

5. *Локшин К. Л.* Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы : Дис. ... д-ра, мед. наук. – М., 2005. – 26 с.

6. *Мартов А. Г.* Трансуретральная резекция (ТУР) в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А. Г. Мартов // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, под ред. Лопаткина Н. А. – М., 1999. – С. 193 – 209.
7. *Переверзев А.* Аденома предстательной железы / А. С. Переверзев, Н. Ф. Сергиенко. – К. : ООО «Акцент»: Ваклер, 1998. – 277 с.: ил.
8. *Терещук С. И.* Сексуальная реадаптация пациентов, перенесших аденомэктомию предстательной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.40 – „Урология” / С. И. Терещук. – Киев, 1984. – 20 с.
9. *Тиктинский О. Л.* Заболевания предстательной железы. Руководство / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина. – СПб. : Питер, 2006. – 464с. («Серия спутник врача»).
10. Трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы / [Ю. Г. Аляев, Л. М. Рапопорт, А. З. Винаров, Д. Г. Цариченко] // Хирургия. – 2001. – № 4. – С. 39–42.
11. *Шаповалов В. И.* Заболевания предстательной железы : аденома, рак, склероз // Харьков мед. журн. – 1996. – № 4. – С. 23 – 26.
12. *Bieri S.* Capsular perforation localization and adenoma size as prognostic indicators of erectile dysfunction after transurethral prostatectomy / S. Bieri, C. E. Iselin, S. Rohner // Scand. J. Urol. Nephrol. – 1997. – Vol. 13. – P. 37 – 38.
13. *Cytron S.* Changes in the sexual behavior of couples after prostatectomy / S. Cytron, D. Simon, E. Segenrich [et al.] // Eur. Urol. – 1987. – Vol. 13. – P. 35-38.
14. *Garraway W. M.* / W. M Garraway, G. N. Collins, R. J. Lee // Lancet. – 1991. – P. 469 – 471.
15. *Hargreave T. V.* Potency and prostatectomy / T. V. Hargreave, T. P. Stephenson // Br. J. Urol. – 1987. – Vol. 92. – P. 51- 55.
16. *Tshroll R.* Incidence of erectile impotence secondary to transurethrale resection of benign prostatic hyperplasia / R. Tshroll, M. Largo, E. Poppiunghaus [et al.] // J. Urol. – 1995. – V. 153. – P. 1491- 1493.
17. *Zohar J.* Factors influencing sexual activity after prostatectomy: a perspective study / J. Zohar, D. Meiraz, B. Maoz, N. Darst // J. Urol. – 1986. – Vol. 116. – P. 332 – 334.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МУЖЧИН ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Андрей ШЛЬОМКА

Харьковская государственная академия физической культуры

Аннотация. В статье представлены полученные при проведении первичного обследования сравнительные данные показателей общего состояния основных функциональных систем организма мужчин больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в предоперационном периоде. Также описывается разработанная нами комплексная программа физической реабилитации мужчин после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы на стационарном этапе лечения.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция, комплексная программа физической реабилитации, предоперационный период.

THE COMPLEX PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION OF MEN
AFTER THE TRANSURETHRAL RESECTION
OF GOOD-QUALITY HYPERPLASIA OF PROSTATIC GLAND
AT THE STATIONARY STAGE OF TREATMENT

Andriy SHLOMKA

Kharkiv State Academy of Physical Culture

Annotation. In article the comparative data of indicators of the general condition of the basic functional systems of organism of men patients good-quality hyperplasia of prostatic glands in the preoperative period is presented obtained at carrying out of primary inspection. Also the complex program of physical rehabilitation of men developed by us after a transurethral resection of good-quality hyperplasia of prostatic glands at a stationary stage of treatment is described.

Key words: good-quality hyperplasia of prostatic glands, a transurethral resection, the complex program of physical rehabilitation, the preoperative period.