

technologies. The formation of a psychophysical competence of students of higher medical institutions will be effective if the model is based on the usage of sports and gaming techniques in the process of professionally-applied physical training. The author suggests an original program of professionally-applied physical training of students of higher medical establishments, based on the improvement of the content of professionally-applied physical training of future doctors by means of sports and gaming activities. The author identifies goals, objectives, principles, methods, forms, and the resulting effect of professionally-applied physical training of medical students along with the traditional (football, volleyball, basketball), innovative kinds of sport activities (soccer, table tennis, handball, baseball).

Keywords: professionally applied physical training, methodological foundations, gaming technologies, original program, mental and physical competence, health facilities, students.

Рецензент: доктор медичних наук, професор О. П. Романчук

Подано до редакції 06.03.2015

УДК: 615.825-055.1/616.65-002:611.1:611.6

Ольга Володимирівна Пешкова,
кандидат медичних наук, професор, завідувач кафедри спортивної медицини, біохімії та анатомії,
Харківська державна академія фізичної культури,
вул. Клочківська, 99, м. Харків, Україна

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ І ЗАГАЛЬНУ ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ У ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПРОСТАТИТІ

Автором у статті наведені дані про вплив засобів фізичної реабілітації на стан серцево-судинної та сечостатевої системи, а також загальну фізичну працездатність у чоловіків першого зрілого віку, які страждають на хронічний простатит. На підставі вивчення та аналізу отриманих цифрових даних та їх статистичної обробки показана висока ефективність комплексного застосування лікувальної гімнастики, гімнастики тайзіцюань у поєднанні з дихальними вправами, дозованою ходьбою та бігом, міорелаксацією й аутотренінгом, пальцевого масажу передміхурової залози в чергуванні з гідромасажем, точкового масажу, лікувального масажу з елементами шіацу, самомасажу, фізіотерапії, фітотерапії та дієтотерапії. Запропонована автором комплексна програма фізичної реабілітації була більш ефективною та мала перевагу у відновному лікуванні чоловіків першого зрілого віку, які страждають на хронічний простатит, і була рекомендована для застосування в поліклінічних умовах.

Ключові слова: хронічний простатит, комплексна програма фізичної реабілітації, гімнастика тайзіцюань.

Постановка проблеми. Терміном «простатит» позначають різні форми запального процесу в передміхуровій залозі [12]. Близько 30% чоловіків віком від 20 до 40 років скаржаться на характерні для простатиту симптоми. В старшому віці частота запальних процесів передміхурової залози зростає. Це пояснюється збільшенням кількості чинників, що сприяють виникненню та прогресуванню хвороби [10].

Хронічний неспецифічний простатит досить тяжко піддається лікуванню [5]. Хронічний простатит викликає значні зміни сечостатевої системи, призводить до нервово-психічних розладів і зниження працездатності. Вагоме значення у виникненні хронічного простатиту мають захворювання, які пов'язані з переохолодженням, інфекцією та гострі запальні захворювання, що викликаються вірусною інфекцією [7].

В останні роки під час лікування хворих на хронічний простатит крім медикаментозних засобів застосовують засоби фізичної реабілітації, тобто ліку-

вальну фізичну культуру, масаж, фізіотерапію та інші [8,9].

Проблема розробляється згідно пріоритетного напрямку, визначеного Законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» за номером 3.5. «Науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань» у межах пріоритетного тематичного напрямку 3.5.29. «Створення стандартів і технології запровадження здорового способу життя, технології підвищення якості та безпеки продуктів харчування» за темою «Традиційні та нетрадиційні методи фізичної реабілітації при захворюваннях різних систем організму та пошкодженнях опорно-рухового апарату в осіб різного ступеня тренуваності». Номер державної реєстрації - 0111U000194.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Простатит (prostatitis) – запалення передміхурової залози. При хронічному простатиті запаленням охоплені окремі ділянки передміхурової залози. В патологічний

процес втягується сполучна тканина, уражуються вивідні протоки, утворюються інфільтрати та зони руйнування з рубцюванням. При тривалому перебігові хвороби процес поширюється на капсулу органу, а в деяких випадках – на жирову тканину, яка оточує передміхурову залозу [13].

Хронічний простатит має різноманітні клінічні прояви [7]. Умовно їх можна поділити на *загальні, місцеві та функціональні*. Для нього не характерні підвищення температури тіла та гарячка. Серед *загальних симптомів* переважають підвищена дратівливість, млявість, слабкість, швидка стомлюваність, втрата апетиту, звуження кола зацікавлень, неспокій, порушення сну, зниження працездатності, творчої активності, апатія та т. ін.

З *місцевих симптомів* найчастіше спостерігається больовий синдром. Нерідко біль – не лише головний, а й єдиний прояв. Так званий генітальний біль локалізується в ділянці статевих органів, екстрагенітальний – поширюється за межі статевої системи. Нерідко спостерігаються свербіння, підвищена пітливість, похолодання в ділянці промежини. У рідкісних випадках він відчувається періодично, не постійно.

З інших симптомів слід виділити порушення сечовипускання [14]. В ранні стадії простатиту частішими стають сечовипускання, особливо вночі. Пізніше струмінь сечі стає тонким, виникає потреба натужуватися, напружуватися при сечовипусканні. Хворі скаржаться на відчуття неповного спорожнення сечового міхура. При простатиті нерідко з'являються виділення з сечівника, особливо після дефекації чи наприкінці сечовипускання, а також після інтенсивного фізичного навантаження.

До *функціональних симптомів* належать порушення статевої діяльності [2,3].

При тривалому, хронічному перебігові простатит, зумовлюючи ряд патологічних процесів у різних ланках центральної та периферичної нервової системи, органах внутрішньої секреції, психоемоційній сфері, а також у внутрішніх органах, може негативно позначитися на гармонії сексуальних стосунків. У багатьох випадках простатит стає причиною функціональних і морфологічних порушень чоловічих статевих клітин [2].

У хворих на простатит, як правило, спостерігаються ті чи інші невротичні відхилення [5].

Лікування всіх форм простатиту проводиться з єдиною цитологічною засадою та патогенетичним обґрунтуванням комплексу лікувальних заходів [7,14]. У всіх випадках основним завданням лікування та фізичної реабілітації є відновлення морфологічних функціональних параметрів передміхурової залози, хоча для досягнення цієї мети використовуються неоднакові лікувальні та відновлювальні заходи [11]. Ліквідація загальних і функціональних змін здійснюється за індивідуальними лікувальними схемами з врахуванням психічних, неврологічних, ендокринних, іму-

нологічних, сперматологічних, сексопатологічних і генітально-рецептивних змін.

Засоби лікування хворих на простатит в залежності від цільового призначення та механізму ефекту, що досягається, можна об'єднати в такі групи: організаційні та загальні лікувальні заходи; етіотропне лікування; патогенетичне лікування; фізіотерапевтичне лікування; лікувальні заходи для усунення ускладнень і загальних хворобливих станів; лікувальна фізична культура та масаж [6].

Мета роботи: визначити вплив комплексної програми фізичної реабілітації на стан серцево-судинної та сечостатевої системи і загальну фізичну працездатність у чоловіків першого зрілого віку при хронічному простатиті.

Методи дослідження, застосовані у роботі: аналітичний метод (аналіз сучасної літератури, аналіз медичних карток), клінічні методи (збір анамнезу – хвороби, життя, сексологічний огляд, пальпація та т. ін.), інструментальні методи (пульсометрія, артеріальна тонометрія, уретроскопія, УЗД), функціональні проби (субмаксимальний велоергометричний тест PWC₁₅₀), лабораторні методи (клінічний аналіз крові; трьохсклянкова проба сечі; аналіз секрету передміхурової залози), методи математичної статистики. Всі дослідження проводилися за загальноприйнятими методиками [11].

Виклад основного матеріалу дослідження. Під спостереженням знаходилось 25 чоловіків, які страждають на хронічний простатит, у віці 28-35 років, що були розділені на дві групи: контрольну – 12 чоловіків (КГ) і основну – 13 чоловіків (ОГ). Обидві групи були однорідними за віком, рівнем фізичної підготовленості, клінічним перебігом захворювання. Спостереження за даним контингентом хворих здійснювалося протягом 6 місяців. Крім основного захворювання в хворих обох груп відзначалася наявність супутніх захворювань, таких, як задній уретрит, колікуліт, везикуліт, орхіепідидиміт, патологія серцево-судинної системи, початкові стадії артеріальної гіпертонії або гіпотонії та т. ін.

При первинному обстеженні у хворих обох груп були скарги на слабкість, підвищену стомлюваність, головний біль, що періодично виникають напади різкого болю в паху (2-3 рази на день), 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 КГ – 89%, в ОГ – у 86% 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 ЧСС, величина АТс, АТд, АТп у спокої та після фі-

зичного навантаження, відзначалося уповільнення відновлення цих показників після фізичного навантаження (табл. 1.). Величини фізичної працездатності за тестом PWC₁₅₀ були знижені в порівнянні з віковою нормою та не відрізнялися в обох групах. При оцінці типу реакції на дозоване фізичне навантаження (у якості фізичного навантаження застосовувалася проба на процедура ЛГ) нами були виявлені такі типи реакцій (рис. 1.). Співвідношення нормотонічного типу реакції й атипичних на першому етапі становили в обох групах (1:3,6). Серед атипичних реакцій найчастіше зу-

стрічалися гіпертонічна (44% і 46% у контрольній і основній групах відповідно), гіпотонічна (17% і 18% у контрольній і основній групах відповідно), дистонічна (13% і 11% – відповідно).

Таким чином, при первинному обстеженні з боку серцево-судинної системи відзначалося порушення економізації діяльності серця у спокої та при фізичному навантаженні, відзначалося зниження толерантності до фізичного навантаження та зменшення фізичної працездатності.

Таблиця 1

Показники функціонального стану серцево-судинної системи та фізичної працездатності у хворих обох груп при первинному (1) та повторному (2) обстеженні

Показник	Етап обстеження	ОГ (n=20)	КГ (n=19)	t	p
		X±m	X±m		
PWC ₁₃₀ , кгм*хв ⁻¹	1	224,50±12,10	229,74±11,92	0,31	>0,05
	2	398,42±14,12 t=9,35, p<0,00001	296,14±12,31 t=3,88, p<0,0001	5,46	<0,00001
ЧСС у спокої, за 10 с	1	12,00±0,19	12,50±0,26	1,56	>0,05
	2	10,92±0,12 t=4,90, p<0,00001	12,17±0,32 t=0,80, p>0,05	3,67	<0,001
ЧСС після навантаження, за 10 с	1	24,85±0,49	24,72±0,44	0,20	>0,05
	2	21,67±0,43 t=5,58, p<0,00001	24,12±0,41 t=1,00, p>0,05	4,80	<0,00001
АТс до навантаження, мм рт.ст.	1	116,25±4,19	118,75±2,70	0,5	>0,05
	2	111,34±1,42 t=1,11, p>0,05	116,14±1,38 t=0,86, p>0,05	2,44	<0,05
АТс після навантаження, мм рт.ст.	1	157,68±2,16	154,22±3,46	0,85	>0,05
	2	153,54±2,08 t=1,38, p>0,05	153,21±2,74 t=0,90, p>0,05	1,36	>0,05
АТд до навантаження, в мм рт.ст.	1	69,44±11,18	69,17±1,17	0,16	>0,05
	2	61,12±1,12 t=5,13, p<0,00001	68,14±1,16 t=0,63, p>0,05	4,39	<0,00001
АТд після навантаження, мм рт.ст.	1	55,36±1,05	55,00±1,01	0,24	>0,05
	2	48,253±0,92 t=5,11, p<0,00001	54,03±0,98 t=0,69, p>0,05	4,31	<0,00001
АТп до навантаження, мм рт.ст.	1	46,81±0,85	49,58±0,91	1,93	<0,05
	2	50,22±0,87 t=2,81, p<0,005	48,00±0,88 t=1,25, p>0,05	1,80	>0,05
АТп після навантаження, мм рт.ст.	1	102,32±2,75	99,22±1,92	0,92	>0,05
	2	105,29±2,77 t=0,76, p>0,05	104,18±2,76 t=1,47, p>0,05	0,28	>0,05

Зміни функції сечостатевої системи при первинному обстеженні в обох групах носили односпрямований характер. Відзначалися: простаталгія, зміни форми, розміру та консистенції передміхурової залози; підвищена лейкоцитарна реакція секрету передміхурової залози; екстрагенітальний біль, тазова симпаталгія, тяжкість внизу живота, свербіж в області сечовипускального каналу, промежини, анального отвору; парестезії в геніталіях (відчування лоскотання в сечо-

випускальному каналі, повзання мурахів, похолодання геніталій і т. ін.); патологічні виділення з сечовипускального каналу; прискорені позиви до сечовипускання, переривчастий струмінь сечі; зміни сім'яного горбка, задньої уретри; зміни сім'яних міхурців, патологія прямої кишки. Мали місце негативні зміни у аналізі крові, сечі та секрету передміхурової залози, які носили односпрямований характер у хворих обох груп (табл. 2.).



Рис. 1. Типи реакцій на дозоване фізичне навантаження в обох групах обстежених хворих при первинному обстеженні

Нами для хворих обох груп була розроблена програма фізичної реабілітації для застосування в умовах поліклініки, яка включала до себе комплекс лікувальної фізичної культури, пальцевий масаж передміху-

рової залози, загальний лікувальний масаж, біг і ходьбу, самомасаж, аутотренінг, фізіотерапію, фітотерапію та дієтотерапію [9]. Обидві групи п'ять разів на тиждень отримували процедури лікувального масажу.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика показників контрольної та основної груп при первинному обстеженні

Група хворих	Кл. аналіз крові		3-х склянкава проба сечі		Секрет передміхурової залози
	Лейкоцити	Паличко-ядрові	1 с.	2 с.	Лейкоцити
ОГ	8,6±0,08	5,4±0,1	14,3±0,9	21,0±1,0	27,1±1,4
КГ	8,6±0,06	5,4±0,1	13,3±1,1	21,7±1,6	27,0±1,5
t	-	-	0,70	0,37	0,15
p	-	-	>0,05	>0,05	>0,05

У хворих КГ заняття з лікувальної гімнастики – ЛГ – проводилися за загальноприйнятою методикою у даному лікувальному закладі, хворим ОГ до занять з ЛГ на щадно-тренувальному та тренувальному рухових режимах включалися гімнастичні вправи з гімнастики тайзіцюань (рекомендується лікарями Китаю як оздоровчий засіб при лікуванні захворювань органів малого тазу) в поєднанні з дихальними вправами, дозованою ходьбою та бігом, міорелаксацією та аутотренінгом. У хворих КГ аутогенне тренування проводилося лікарем-психотерапевтом за методикою І. Г. Шульца [1,4].

Так само хворим обох груп надавалися **дієтичні рекомендації**:

✓ звести до мінімуму вживання жирної їжі, копченостей, консервів, різних соусів, грибів, бобових, прянощів. Від гострої та солоної їжі бажано відмовитися повністю, бо ірританти, що містяться в ній (речо-

вини, що подразнюють слизову оболонку), з потоком крові проникають у передміхурову залозу та надають дратівливу дію.

✓ до свого раціону харчування слід ввести такі продукти: велику кількість овочів і фруктів (це забезпечить організм вітаміном С, що благотворно позначиться на діяльності імунної системи); нежирні сорти м'яса, риби; кисломолочні продукти (йогурт, кефір, айран) (кисломолочні продукти покращують травлення, що значною мірою покращує процес засвоєння корисних компонентів їжі та стан організму в цілому); каші (вівсянка, гречка, пшениця, пшінка та інші), в яких міститься велика кількість мікроелементів і вітамінів, зокрема вітамін Е, який підтримує біологічну активність сперматозоїдів, має протизапальну та виражену антиоксидантну дію, перешкоджає розвитку атеросклерозу; з напоїв можна дозволити неміцні кава, чай, а також соки та компоти.

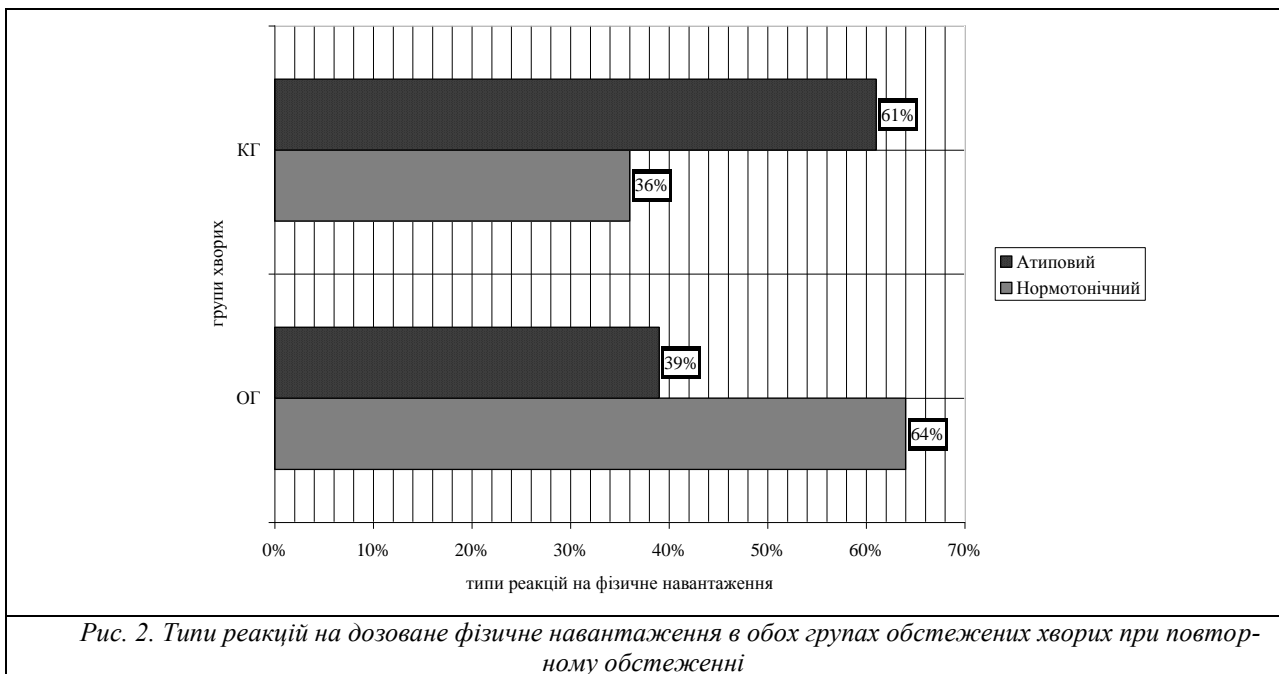
В якості фізіотерапевтичного впливу у хворих основної групи застосовували УВЧ-терапію. У контрольній групі хворих було застосовано діатермію. В якості фітотерапевтичного впливу хворим обох груп призначали (лікар) екстракт елеутерококу – 20 крапель 2-3 рази на день за 30 хв. до їди.

Масаж у хворих КГ був таким самим, що й у хворих ОГ. Було застосовано самомасаж, точковий масаж, шіяцу, масаж передміхурової залози та її гідромасаж.

При повторному обстеженні наприкінці курсу фізичної реабілітації динаміка гемодинамічних показників у хворих в обох групах носила наступний характер: в основній групі відбувався достовірний розвиток економізації діяльності серцево-судинної системи в спокої (зменшення ЧСС, АТд, АТп) і після фізичного навантаження (менше реакція ЧСС, прискорення часу відновлення ЧСС та АТ після фізичного наван-

таження). У контрольній групі відзначалося достовірне поліпшення лише величини часу відновлення пульсу й АТ (табл. 1.). Відзначалося достовірне збільшення показника фізичної працездатності в обох групах обстежених хворих, але воно було більш значним в основній групі ($398,42 \pm 14,12$ кгм*хв.⁻¹ – в основній групі; $296,14 \pm 12,31$ кгм*хв.⁻¹ – в контрольній групі, $t=5,46$; $p<0,00001$) (табл. 1).

При оцінці типу реакції на фізичне навантаження (за тестом PWC₁₃₀) співвідношення нормотонічного й атипичних типів реакції становило 2:1 в основній групі та 1:2 – у контрольній групі (рис. 2.). Причому серед атипичних реакцій був такий розподіл: гіпертонічний, гіпотонічний і дистонічний типи в основній групі відповідно – 19%, 10%, 7%; в контрольній групі – 35%, 16%, 10%.



З боку сечостатевої системи у хворих ОГ в 81%, випадків не відзначалося затримки сечовипускання, нападів болю в паху протягом дня або одиничних (19%). У КГ не відзначалося такої динаміки (мала місце наявність затримок, нападів 1-2 рази на день у 35% хворих). Фізикальні дані покращилися в 79% у хворих ОГ і лише в 58% хворих КГ.

У хворих ОГ покращилися і суб'єктивні показники в порівнянні з КГ: зменшилися тяжкість унизу живота, свербіння у сечовипускальному каналі, біль над лобком, біль у попереково-крижовому відділі, свербіння у задньому проході та промежині, виділення

слизу з сечовипускального каналу після натужування, порідшали позиви до сечовипускання, струмінь сечі став менш переривистий. Зникли зміни форми, розміру та консистенції передміхурової залози, знизилася лейкоцитарна реакція секрету передміхурової залози, зникли екстрагенітальний біль і тазова симпаталгія, прийшли до норми лейкоцити у крові та сечі (табл. 3 і 5).

Такі самі зміни ми спостерігали і у хворих контрольної групи, особливо в тому, що стосувалося показників клінічного аналізу крові та сечі, а також секрету передміхурових залоз (табл. 4 і 5).

Таблиця 3

Динаміка показників ОГ при I та II обстеженнях

Обстеження	Кл. аналіз крові		3-х склянкова проба сечі		Секрет передміхурової залози
	Лейкоцити	Паличкоядрові	1 с.	2 с.	Лейкоцити
I	8,6±0,08	5,4±0,1	14,3±0,9	21,0±1,0	27,1±1,4
II	6,7±0,08	4,3±0,05	1,5±0,2	1,9±0,2	3,4±0,2
t	17,27	10,00	13,91	18,37	16,95
p	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001

Таблиця 4

Динаміка показників КГ при I та II обстеженнях

Обстеження	Кл. аналіз крові		3-х склянкова проба сечі		Секрет передміхурової залози
	Лейкоцити	Паличкоядрові	1 с.	2 с.	Лейкоцити
I	8,6±0,06	5,4±0,1	13,3±1,1	21,7±1,6	27,0±1,5
II	6,8±0,09	4,3±0,05	1,6±0,2	2,2±0,1	3,7±0,2
t	16,36	10,00	10,54	12,19	13,39
p	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001	<0,00001

Таблиця 5

Порівняльна динаміка показників ОГ і КГ при II обстеженні

Група хворих	Кл. аналіз крові		3-х склянкова проба сечі		Секрет передміхурової залози
	Лейкоцити	Паличкоядрові	1 с.	2 с.	Лейкоцити
ОГ	6,7±0,08	4,3±0,05	1,5±0,2	1,9±0,2	3,4±0,2
КГ	6,8±0,09	4,3±0,05	1,6±0,2	2,2±0,1	3,7±0,2
t	0,83	-	0,36	1,36	1,07
p	>0,05	-	>0,05	>0,05	>0,05

Висновки:

1. Хронічний простатит є одним із найпоширеніших захворювань у чоловіків після 35 років, основними проявами якого є виникнення затримок при сечовипусканні, біль унизу живота, у промежині та т. ін. Основним у лікуванні хронічного простатиту є поєднання масажу передміхурової залози з іншими видами медикаментозних і немедикаментозних впливів. Серед останніх пріоритет надається поєднанню лікувальної фізичної культури, пальцевого масажу передміхурової залози з різноманітними видами фізіотерапії.

2. Високу ефективність у лікуванні хворих на хронічний простатит в умовах поліклініки має поєднане за-

стосування лікувальної гімнастики, гімнастики тайзіцюань у поєднанні з дихальними вправами, дозованою ходьбою та бігом, міорелаксацією й аутотренінгом, пальцевого масажу передміхурової залози в чергуванні з гідромасажем, точкового масажу, лікувального масажу з елементами шіацу, самомасажу, фізіотерапії, фітотерапії та дієтотерапії.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою науково обґрунтованої комплексної програми фізичної реабілітації для хворих на хронічний простатит з урахуванням віку та рівня фізичної підготовленості пацієнтів для застосування в умовах санаторію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александров А.А. Аутотренинг: Аутогенная тренировка. Медитация. Релаксация. Самогипноз / А.А. Александров; [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2011. – 240 с.
2. Андрология (Клинические рекомендации) / под ред. П.А. Щеплева, О.И. Аполихина. – М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА-М, 2007. – 164 с.
3. Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

4. Кочарян Г. С. Аутогенная тренировка (лекция) / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2011. – №4 (39). – С. 32-39.

5. Кругляк Л.Г. Простатит / Л.Г. Кругляк. – СПб.: ИД "Весь", 2003. – 94 с.

6. Медицинская реабилитация: [руководство] / под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова. – Москва – Пермь: ИПК «Звезда», 1998. – Т.3. – 702 с.

7. Молочков В.А. Хронический уретрогенный простатит / В.А. Молочков, И.И. Ильин. – М.: Медицина, 2004. – 288 с.

8. Пешкова О.В. Комплексна фізична реабілітація при хронічному простатиті на поліклінічному етапі / О.В. Пешкова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків, 2011. – № 1. – С. 74-80.

9. Пешкова О.В. Комплексна фізична реабілітація осіб першого зрілого віку, хворих на неспецифічний хронічний простатит на поліклінічному етапі / О.В. Пешкова, Д.А. Віщенко / Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури та спорту // Збірник статей науково-практичної інтернет-конференції, 24 квітня 2014 р., Харківська державна академія фізичної культури / за ред. О.В. Пешкової [та ін.]. – Харків, 2014. – С. 75-80.

REFERENCES

1. Aleksandrov, A.A. (2011). *Autotrening: Autogennaya trenirovka. Meditatsiya. Relaksatsiya. Samogipnoz [Auto training: Autogenic training. Meditation. Relaxation. Self-hypnosis]*. Saint Petersburg: Peter [in Russian].

2. Scheplev, P.A., Apolikhin, O.I. (Eds.). (2007). *Andrologiya (Klinicheskie rekomendatsii) [Andrology (Clinical Recommendations)]*. Moscow: ID Medpraktika-M [in Russian].

3. Kocharyan, G.S. (2007). *Sovremennaya seksologiya [Modern sexology]*. Kiev: Nika-Center [in Russian].

4. Kocharyan, G.S. (2011). *Autogennaya trenirovka (leksiya) [Autogenic training (lecture)]*. *Zdorovie muzhchiny – Men's health*, 4 (39), 32-39 [in Russian]

5. Kruglyak, L.G. (2003). *Prostatit [Prostatitis]*. Saint Petersburg: ID "Ves". [in Russian].

6. Bogolyubov, V.M. (Eds.) (1998). *Meditinskaya rehabilitatsiya [Medical rehabilitation]*. (Vols. 3). Moscow - Perm: IPK "Zvezda" [in Russian].

7. Molochkov, V.A. & Piyin, I.I. (2004). *Khronicheskiy uretrogennyi prostatit [Chronic urethrogenic prostatitis]*. Moscow: Meditsina [in Russian].

8. Peshkova, O.V. (2011). *Kompleksna fizychna rehabilitatsiia pry khronichnomu prostatyti na poliklinichnomu etapi [Complex physical rehabilitation in chronic prostatitis at a polyclinic stage]*. *Slobozhanskiy naukovosportivniy visnik - Slobozhansky scientific and sports Newsletter*, 1, 74-80. [in Ukrainian].

10. Простатит / под ред. П.А. Щеплева; - [2-е изд.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 224 с.

11. Терещук С.И. Реабилитация и лечебная физкультура. Профилактика заболеваний предстательной железы: [монография] / С.И. Терещук, О.В. Пешкова. – Харьков: Изд-во «Форт». 2012. – 194 с.

12. Урология: [курс лекцій] / Ф.И. Костев, М.И. Ухаль, О. В. Борисов [та ін.] / за ред. професора Ф.И. Костева. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 296 с.

13. Hua VN. Acute and chronic prostatitis / Hua VN, Schaeffer AJ. // *Med. Clin. North Am.* - 2004. - 88 (2): 483-94.

14. Stoica G. Epidemiology and treatment of acute prostatitis after prostatic biopsy / Stoica G, Cariou G, Colau A, [et al.] // *Prog. Urol.* - 2007. - 17 (5): 960-3.

9. Peshkova, O.V. & Vischenko, D.A. (2014). *Kompleksna fizychna rehabilitatsiia osib pershoho zriloho viku, khvorykh na nespetsyficnyi khronichnyi prostatyt na poliklinichnomu etapi [Complex physical rehabilitation of patients of the first mature age, patients with chronic nonspecific prostatitis, at a polyclinic stage]*. Peshkova O.V. (ed.). *Aktualni problemy medyko-biologichnoho zabezpechennia fizychnoi kultury ta sportu. Zbirnyk statei naukovopraktychnoi internet-konferentsii - Actual problems of biomedical support of physical culture and sports. Collection of papers of scientific and practical Internet conference (pp. 75-80)*. Kharkiv [in Ukrainian].

10. Scheplev, P.A. (Ed.). (2011). *Prostatit [Prostatitis]*. Moscow: MEDpress-inform [in Russian].

11. Tereshchuk, S.I. & Peshkova, O.V. (2012). *Rehabilitatsiya i lechebnaya fizkultura. Profilaktika zabolevaniy predstatelnoy zhelezy [Rehabilitation and physiotherapy. Prevention of prostate diseases]*. Kharkov: Publishing House "Fort" [in Russian].

12. Kostev, F.I., Ukhval, M.I., Borisov, O.V. [et al.] (2004). *Urologiya [Urology]*. Kostev F.I. (Eds.). Odessa: Odessa State Medical University. [in Ukrainian].

13. Hua, V.N. (2004). *Acute and chronic prostatitis*. *Med. Clin. North Am.*, 88 (2): 483-94. [in English].

14. Stoica, G., Cariou, G., Colau, A. (2007). *Epidemiology and treatment of acute prostatitis after prostatic biopsy*. *Prog. Urol.* - 17 (5): 960-3 [in English].

Ольга Владимировна Пешкова,

кандидат медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой спортивной медицины, биохимии и анатомии,
Харьковская государственная академия физической культуры,
ул. Клочковская, 99, г. Харьков, Украина

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У МУЖЧИН ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Автором в статье приведены данные о влиянии средств физической реабилитации на состояние сердечно-сосудистой и мочеполовой системы, а также на общую физическую работоспособность у мужчин первого зрелого возраста, страдающих хроническим простатитом. В последние годы при лечении больных хроническим простатитом кроме медикаментозных средств применяют средства физической реабилитации, то есть лечебную

физкультуру, массаж, фізіотерапію і інші. Проблема розробляється згідно пріоритетного напрямлення, визначеного Законом України «О пріоритетних напрямленнях розвитку науки і техніки» за номером 3.5. «Науки о жизни, новые технологии профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний» в рамках пріоритетного тематического напрямлення 3.5.29. «Создание стандартов и технологии внедрения здорового образа жизни, технологии повышения качества и безопасности продуктов питания» по теме «Традиционные и нетрадиционные методы физической реабилитации при заболеваниях различных систем организма и повреждениях опорно-двигательного аппарата у лиц разной степени тренированности». На основании изучения и анализа полученных цифровых данных и их статистической обработки показана высокая эффективность комплексного применения лечебной гимнастики, гимнастики тайзицюань в сочетании с дыхательными упражнениями, дозированной ходьбой и бегом, миорелаксацией и аутотренингом, пальцевого массажа предстательной железы в чередовании с гидромассажем, точечного массажа, лечебного массажа с элементами шиатсу, самомассажа, физиотерапии, фитотерапии и диетотерапии. Предложенная нами комплексная программа физической реабилитации была более эффективной и имела преимущество в восстановительном лечении мужчин первого зрелого возраста, страдающих хроническим простатитом, и была рекомендована для применения в поликлинических условиях.

Ключевые слова: хронический простатит, комплексная программа физической реабилитации, гимнастика тайзицюань.

Olha Peshkova,

*PhD (Candidate of Medical Sciences), professor,
head of the Department of Sports Medicine, Biochemistry and Anatomy,
Kharkiv State Academy of Physical Culture,
99, Klochkivska Str., Kharkiv, Ukraine*

PHYSICAL REHABILITATION INFLUENCE ON CARDIOVASCULAR AND UROGENITAL SYSTEM AND PHYSICAL PERFORMANCE IN MEN OF FIRST MATURE AGE WITH CHRONIC PROSTATITIS

The author of the article presents data on the impact of physical rehabilitation on cardiovascular and urogenital system, as well as general physical performance among men of first mature age with chronic prostatitis. The aim of the research was to determine the effect of a comprehensive physical rehabilitation program on the cardiovascular and urogenital system and physical performance among men of first mature age with chronic prostatitis. Basing on the study and analysis of the digital data and their statistical processing the author proves high efficiency of the complex use of medical gymnastics, tai chi gymnastics combined with breathing exercises, dosage walking and jogging, muscle relaxation and auto-training, finger prostate massage in a complex with hydro massage, acupressure, therapeutic massage with elements of shiatsu, self-massage, physiotherapy, herbal medicine and dietary therapy. The application of the physical rehabilitation program has shown significant positive changes in the experimental group of men. There was a significant increase in the overall physical performance in both groups of patients, but the control group has shown better results. As the criteria for evaluating the effectiveness of the proposed program of physical rehabilitation of men with chronic prostatitis (from the control group), the author distinguishes the following: positive dynamics of clinical manifestations of the disease; restoration of normal activity of the genitourinary system without any discharge from the urethra, without frequent uriaesthesia; normal size of the prostate gland; the allowable level of leukocytes in blood and urine, normal prostatic secretions; development of economization of the cardiovascular system at rest and increase exercise tolerance. The developed author's comprehensive program of physical rehabilitation has great advantages in the rehabilitation treatment of men of the first mature age with chronic prostatitis, and is recommended for use at polyclinics and other medical institutions.

Keywords: chronic prostatitis, a comprehensive program of physical rehabilitation, tai chi gymnastics.

Рецензент: доктор медичних наук, професор О. П. Романчук

Подано до редакції 06.03.2015