

аеротерапію з першим-третім режимами холодого навантаження, щоденно; курс 10-15 процедур.

Потогінний ефект простежується в сауні, при її призначенні за помірним тепловим режимом (90-100°C). Курс 6-8 процедур з перервою на 5-7 днів. Знижується обсяг циркулюючої рідини крові і втома, підвищується настрої.

У комплексне лікування психогеній при дисневротичному синдромі необхідно включати адаптаційне харчування, столи і принципи якого розроблені проф. Сокрутом В.М.

Первинна *фізіопротілактика* повинна включати систему заходів, які попереджають неврози, астенічні стани у схильних осіб (ваготоніки-меланхоліки, симпатотоніки-холеріки), лікування неврозів і астенічних станів, підвищення адаптаційних можливостей ЦНС до несприятливих впливів стресових психотравмуючих ситуацій. Курси фізіопротілактики (1-2 рази в рік) ваготонікам з депресивними станами доцільно проводити пізньої осені і весною у зв'язку зі світловим голодуванням і збільшенням загострень неврологічних проявів, сезонних емоційних розладів. При призначенні методів і параметрів фізичного впливу слід враховувати форму психогеній залежно від переважання гальмівних або збуджувальних процесів у ЦНС, ваготонії або симпатотонії.

Кінезотерапія. Включення в комплекс відновного лікування процедур ЛФК сприяє поліпшенню сну, швидкої стомлюваності, невротичних реакцій. Кінезотерапія при дисневротичному синдромі сприяє регуляції процесів збудження і гальмування в корі головного мозку. Розроблені принципи адаптаційної кінезотерапії. Складені комплекси ЛФК для психогеній на тлі симпатотонії або ваготонії, які наводяться у відповідному розділі книги. Важливо відзначити, що спочатку процедура ЛФК не повинна перевищувати 10-15 хвилин. Вправи виконують спокійно, ритмічно, з обмеженням амплітуди рухів. Виключають вправи для м'язів передньої черевної стінки. Основну частку становлять вправи для рук, ніг і м'язів спини в положенні лежачи в поєднанні з глибоким диханням. Переважають вправи на розслаблення м'язових груп шиї і верхнього плечового поясу, дихальні динамічні вправи і фізичні вправи з дозованим зусиллям динамічного характеру. Розслабленню скелетної мускулатури сприяє використання в кінці процедури лікувальної гімнастики елементів аутогенного тренування. У санаторно-курортних умовах обсяг та інтен-

сивність занять ЛФК зростає, і при цьому показані всі засоби і методи ЛФК. Рекомендуються РГГ у поєднанні із загартовувальними процедурами; групові заняття ЛГ; дозована ходьба, прогулянки (до 4-5 км); спортивні та рухливі ігри лижні прогулянки; трудотерапія.

Рефлексотерапія дисневротичного синдрому: МС6, МС7, РР4, Т20, ВВ20, ВВ21, Е44.

Аурикулотерапія. Поєднання точок залезить від провідних симптомів захворювання і загального стану організму хворого. При надмірній збудливості і вазомоторній лабільності основні точки: точки нирки, точка шень-мень, точка потилиці, точка серця, точка кори головного мозку. Головні болі є показанням для використання основних точок: точка потилиці, точка чола, точка шень-мень, точка кори головного мозку, точка малого потиличного нерва, точка тань ян, точка заколисування. При порушеннях сну впливають на основні точки: точка шень-мень, точка нирки, точка потилиці, точка чола, точка серця. Надмірні сновидіння — основні точки: точка шень-мень, точка потилиці, точка серця, точка шлунка, точка стовбура мозку, допоміжна точка: кори головного мозку. Рекомендований рецепт: АР55, 51, 29, 34.

4.7. ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ СИНДРОМІВ

В основі патогенезу будь-якого захворювання лежать типові патологічні процеси, які розвиваються і характеризуються послідовним розвитком морфофункціональних змін в організмі, інтенсивність яких визначається реактивністю організму. Клінічні прояви цих змін складають суть клініко-патогенетичних синдромів.

Взаємозв'язок і взаємообумовленість етіології та патогенезу обґрунтовує можливість патогенетичної терапії впливати певною мірою на причину захворювання. Усунення проявів патологічних синдромів під дією лікування, лежить в основі *синдромальної терапії*. У зв'язку з цим виникає необхідність синдромного аналізу клінічної картини захворювання із наданням переважачого (провідного) синдрому, на підставі знайдених клініко-патогенетичних синдромів обирають оптимальні реабілітаційні фактори.

Вирішення питання вибору методів медичної реабілітації з урахуванням їхньої неспецифічної та індивідуальної дії вимагає виділення в клініці і патогенезі захворювань синдромів,

які відображають ступінь прояву загальних змін і характеризують клінічні особливості самого захворювання.

Ґрунтуючись на викладених вище уявленнях про клінічні патогенетичні синдроми з урахуванням запропонованої класифікації, головними завданнями синдромного лікування є:

1. Оптимізація відповіді регуляторних систем.
2. Збалансування системи та антисистеми.
3. Антагоністична регуляція функцій.
4. При гіперреактивності організму показана седативна, імунодепресивна, антиспастична терапія, призначення стрес-лімітуючих гормонів.
5. При гіпореактивності організму обґрунтованим є використання адаптаційних заходів, імуностимуляції, призначення стрес-індукуючих гормонів.

Терапевтичні впливи повинні бути спрямовані на хворого. Своєчасне й правильне застосування фізичних методів лікування хвороби сприяє найбільш швидкому розвитку компенсаторно-адаптивних реакцій, оптимізації вегетативного тону та реактивності організму, стимуляції захисних механізмів і відновленню порушених функцій органів і систем. Професором В.М. Сокрутом у фізіотерапію вперше введений «принцип оптимальності хвороби», який визначає форму реактивності хвороби й адекватну фізіотерапевтичну тактику, коли оплата ресурсами здоров'я за якість одужання мінімальна. Теорія стала «візитною картою» Донецької школи фізіотерапевтів і реабілітологів. Принцип оптимальності хвороби обґрунтовує стратегію й тактику фізіотерапевтичного лікування хворого через її нормалізацію приведенням до умов оптимального варіанту. Філософія «принципу оптимальності хвороби» розроблена професором Н.І. Яблучанським. Основи «принципу оптимальності хвороби» закріплені генетично як механізми одужання. Оптимальний перебіг хвороби забезпечує максимально можливу під час хвороби якість життя пацієнта.

Основні гуморальні (хімічні) зміни у самій шкірі зводяться до утворення біологічно активних речовин (гістамін, ацетилхолін, серотонін, кініні, вільні радикали), які потрапляють у кров і викликають зміни просвіту капілярів і плинності крові, поліпшення транскапілярного обміну, яке посилює дифузію газів і інших речовин, метаболізм тканин. При конвергенції на центральні нейрони аферентних імпульсних потоків від вісцеральних провідників відбу-

вається активація гіпоталамусом нейросекреції релізінг-факторів, вироблення гіпофізом гормонів з подальшою стимуляцією синтезу гормонів і простагландинів. Реакція, як відповідь організму на фізіотерапевтичний вплив, є інтегральною, формує лікувальний ефект, що може бути неспецифічним або специфічним. Це залежить від факторів впливу та їхньої дози. Неспецифічний ефект пов'язаний з підвищенням активності гіпофізарно-адренокортикотропної системи (адаптаційна терапія). Специфічний ефект (наприклад, седативний, гіпотензивний) реалізується через вплив на вражені при хворобі органи-мішені. Вплив фізичних чинників реалізується через відомі шкірно-вісцеральні, іонні та інші рефлекси, спрямовані насамперед на корекцію вегетативного тону. Звідси важливим є диференційований підхід при призначенні фізіотерапії з урахуванням висхідного стану вегетативної системи (переважання парасимпатичної або симпатичної нервової системи). Тому, в тактиці лікаря особливо важливим є визначення показання і вибір методу фізіотерапії.

ДИСНЕВРОТИЧНИЙ СИНДРОМ. Впливи фізичними факторами повинні бути спрямовані на оптимізацію реактивності організму й корекцію процесів збудження і гальмування в ЦНС. При дисневротичному синдромі з переважанням процесів збудження показані седативні впливи. На тлі депресії доцільно використовувати стимулюючі методи й фізичні фактори, які складають суть адаптаційної терапії.

Переважає процесів збудження є підставою для призначення седативної терапії (електросон, центральна електроанальгезія, електрофорез, магнітотерапія, седативні ванни). При гіперреактивності організму обґрунтовано застосування фізичних чинників з первинним стрес-лімітуючим ефектом (УВЧ-терапія, магнітотерапія, гальванізація). Електросон і центральна електроанальгезія сприяють нормалізації функціонального стану центральної, вегетативної, гуморальної регуляції. Транквілізація досягається при загальному впливі лікарського електрофорезу за Вермелем, уздовж хребта, на коміркову зону за Щербаком із бромідами або ендоназально з розчином вітаміну В₁ або даларгіном.

Проводять електрофорез бензогексонія або УВЧ-терапію на область шийних симпатичних вузлів. Регулюванню вегетативного статусу сприяє гальванізація серединних і сідничних нервів. Седативний ефект викликає ЕП УВЧ на гомілки. Релаксуючий вплив спостерігається при бітемпоральній магнітотерапії або впливи

на потилицю. Магнітні поля підвищують вміст магнію в головному мозку, інактивують вільні радикали. Регулюючий вплив на ЦНС надає КВЧ-терапія. Седативний ефект досягається при призначенні хвойних, йодо-бромних, хлоридних натрієвих ванн індивідуальної температури. При дисбалансі нервової системи у бік порушення дуже важливо навчитися розслаблятися, використовуючи зонально-сегментарний масаж. Першочергове значення набувають нормальний режим сну і обов'язкові піші прогулянки.

При депресивному стані перевагу надають тонізуючим методикам (адаптаційна терапія): загальна франклінізація, дарсонвалізація коміркової зони, душі, соляні ванни, світлотерапія. При гіпореактивності показані чинники з первинним стрес-індукуючим впливом (лазеротерапія, СМС тощо). Проводять так само загальні радонові ванни, які істотно покращують показники нейрогуморальної регуляції, нормалізують біоелектричну активність ЦНС, покращують кровообіг внутрішніх органів і тонус судин. Викид ендорфінів спостерігається при проведенні електростимуляції лівої півкулі префронтальної кори мозку. При дисциркуляторних порушеннях методом вибору є вуглекислі ванни. Всмоктуючись у кров, вуглекислота хімічно впливає на рецепторний і ефекторний апарат симпатичної та парасимпатичної нервової системи, тонізує ЦНС, змінює гемодинаміку. Активуючий вплив здійснюють душі, вихрові й перлинні ванни.

Астенізацію організму купують грязьові аплікації на коміркову зону. Антидепресивний ефект має загальна франклінізація. Статичне електричне поле викликає у хворих легку ейфорію. Тонізуючий вплив спостерігається при проведенні дарсонвалізації коміркової зони. Нормалізуючий вплив на неврологічний стан хворого надає лазеротерапія на БАТ. Включення в комплекс відновного лікування ЛФК і масажу, спрямованих на регулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, сприяє поліпшенню сну, знімає швидку стомлюваність, невротичні реакції.

ДИСГОРМОНАЛЬНИЙ СИНДРОМ. Спрямованість терапевтичних впливів визначається видом ендокринопатії і переважанням стрес-індукуючих або стрес-лімітуючих гормонів у крові, які формують тип дисгормонального синдрому та форму реактивності організму. Необхідно передбачати направлені на корекцію гормонального статусу організму заходи, які будуть стимулювати або проводити замісну гормональну терапію.

При гіперреактивності організму на тлі переважання стрес-індукуючих гормонів показана седативна терапія (електрофорез транквілізаторів, седативні ванни, теплотікування тощо) і пригнічення активності залози при її гіперфункції. Рівень стрес-індукуючих гормонів у крові знижується при електрофорезі бромідів, транквілізаторів на «коміркову» область за Щербаком або за ходом серединного нерва. Знижують активність наднирників електросон, центральна електроанальгезія, магнітотерапія на потилицю, бітемпорально, на коміркову зону, активація вагуса через гіпервентиляцію.

При гіпореактивності організму з депресивними явищами та гормональній недостатності ендокринних залоз корекцію проводять за принципами адаптаційної (стимулюючої) терапії, використовуючи фізичні фактори з первинним стрес-індукуючим ефектом в малому дозуванні — СМС, ДДС, франклінізація, дарсонвалізація, КВЧ, УФО, пайлер-терапія і лазеротерапія, душі, ультразвук, вібраційні і метаболічні ванни, а також методи, які активують функцію наднирників (індуктотермія, НВЧ-терапія) і щитовидної залози (світлотікування, НВЧ-терапія).

Підвищення рівня стрес-індукуючих гормонів у крові досягають призначенням загальної франклінізації. Після впливу статичним електричним полем спостерігається легка ейфорія. Антидепресивний ефект спостерігається при дарсонвалізації голови і коміркової зони. Знімає астенічні явища пайлер-терапія на обличчя. Добре зарекомендувала себе лампа Чижевського. Проводять також лазеротерапію біологічно активних точок. Методом вибору є фототерапія. Загальноозміцнюючий і стрес-індукуючий ефект спостерігаються при ультрафіолетовому опроміюванні крові. Подібний вплив на організм хворого надає лазеротерапія, лікувальна дія якої значною мірою реалізується через фотоефекти. При надвеному та внутрішньовенному лазерному опроміненні крові активується ПОЛ, викид біологічно активних речовин підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів і загальну резистентність організму. Апаратами «Біоптрон» проводять пайлер-терапію на ділянку спини. Видиме та інфрачервоне поляризоване некогерентне світло має імунокоригуючу, антиспастичну дію. Виправдані ДМХ-терапія та індуктотермія на область наднирників з метою посилення синтезу й викиду їхніх гормонів у кров, що сприяє підвищенню реактивності організму, особливо на тлі замісної терапії. Проводять

електрофорез біостимуляторів. Активуючий вплив на симпатoadреналову систему надає регульована короткочасна гіпоксія, що лежить в основі гіпоксикаторів і апаратів гірського повітря. Доцільним є використання йодобромних, перлинних, азотних, кисневих і хвойних ванн.

Кінезотерапія спрямована на нормалізацію процесів збудження і гальмування в ЦНС. При дисгормональному синдромі з переважанням стрес-індукуючих гормонів виправдані релаксаційні вправи, на фоні зниженої активності гормонів доцільні стимулюючі впливи. Седативний ефект досягається музичним супроводом (фонотерапія повільної ритмічної музики), яка нормалізує емоційний тонус і настрої хворого.

ДИСИМУННИЙ СИНДРОМ. Тактика лікування визначається формою імунопатії, механізмами та етапом її розвитку, а також реактивністю організму і супутніми порушеннями нервової та ендокринної систем.

При гіпочутливості показана імуномодуюча й седативна терапія з урахуванням механізмів розвитку імунодефіцитного стану. При гіперчутливості, навпаки, основу лікувальних заходів становить десенсибілізуюча «адаптаційна» терапія, спрямована на зниження функціональної активності імунних клітин.

При гіперчутливості (алергії) показані стрес-індукуючі (десенсибілізуючі) фізичні чинники (світлотерапія, електрофорез стимуляторів, КВЧ, ДМХ, дарсонвалізація, франклінізація і аероіонізація, ультразвук, вібротерапія, душі, механічні та метаболічні ванни). При гіпочутливості (імунодефіцитному стані), навпаки, імуномодуючий вплив отримують при використанні стрес-лімітуючих фізичних факторів у малих дозах (седатації).

«Дисфункціональні» імунопатії потребують проведення метаболічної терапії, а при «дисрегуляторних» — показані методи, спрямовані на корекцію стану ЦНС, гормональної системи, підвищення реактивності й резистентності організму. Патогенетично обґрунтовані методи, які сприяють збільшенню внутрішньоклітинного кальцію (магнітотерапія та індуктотермія) і ПОЛ через фотооксидацию (УФО, пайлер-терапія і лазеротерапія), особливо при зниженій активності макрофагів.

Вплив на імунокомпетентні органи сприяє активації лімфоцитів. Підвищення імунітету спостерігається при аероіонізації в поєднанні з постійною температурою і вологістю повітря соляних шахт. У повітрі соляних шахт знижено бактеріальне обсіменіння, яке створює умови для санації запальних вогнищ ЛОР-

органів, активації клітин лімфоїдної тканини і підвищення резистентності організму.

Десенсибілізуючий ефект спостерігається при проведенні ванни з морською сіллю. «Сольовий плащ» на шкірі впливає на розташовані в дермі імунокомпетентні клітини. Підвищується активність лімфоцитів і макрофагів, що вкрай важливо при несприятливих формах імунопатії.

Активация імунітету досягається «адаптаційним» питтям мінеральної хлоридно-натрієво-калієво-магнієвої води при гіперреактивності і йодно-кальцієво-кремнієвої води при гіпореактивності організму. «Моршинська» хлоридно-сульфатна калиєво-магнієво-натрієва мінеральна вода покращує плин імунних реакцій, сприяє збільшенню кількості активних Т-лімфоцитів та В-лімфоцитів. Вплив реалізується через імунокомпетентні клітини слизової оболонки кишечника. Промивання кишечника сприяє механічному вимиванню ентеротоксинів, знижує бактеріальне навантаження на печінку, рефлекторно покращує мікроциркуляцію і жовчовиділення в печінці, спостерігається нормалізація метаболічних порушень, яка має сенс при «дисфункціональних» імунопатіях. Ці заходи ефективні при супутніх поразках кишечника і при дисбактеріозі.

Для корекції метаболічних зрушень показані гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-хлоридні мінеральні води, слабкої та малої мінералізації типу «Лужанська», «Поляна Квасова», «Єсентуки №4», «Березовська», «Запорізька», «Ялтинська» та ін. При «дисрегуляторних» імунопатіях доцільна систематична психотерапія, рекомендується уникати важких фізичних перевантажень, нічних, надурочних робіт. Проводиться електрофорез магнію, кальцію на коміркову зону в поєднанні з магнітотерапією та індуктотермією.

При відносній або абсолютній недостатності наднирників застосовують як підготовчий етап до інших видів терапії або в комбінації НВЧ-опроміненням наднирників. З методів адаптаційної терапії при імунопатіях найбільше значення мають біостимулюючі методики пайлер-терапії та лазеротерапії, загального (основна і сповільнена методики) та місцевого УФО, враховуючи дозозалежний ефект цих процедур. Малі дози УФО стимулюють активність імунокомпетентних клітин, високі, навпаки, пригнічують, середні — надають десенсибілізуючу дію. Ефективна рефлексотерапія з використанням аурикулярних і корпоральних точок, вплив лазерним випромінюванням, КВЧ, ультразвуком. Імуномодуючий ефект дося-

гається впливом КВЧ-терапії на нижню третину груднини, скроневи і потиличну область. Помірно тонізуючу дію надають дощовий душ і механічні душі (перлинні ванни, вихрові, підводний душ-масаж). Для поліпшення функції гіпофізарно-тиреоїдної системи з метою імунокорекції проводять ДМХ-терапію на область проекції щитовидної залози або пайлер-терапію на передній області ший.

Знижують чутливість імунокомпетентної системи інгаляції аерозолів протиалергічних засобів, аероіонізація негативними зарядами. Десенсibiliзуючий ефект і нормалізація клітинного імунітету досягається при проведенні спільного УФО за прискореною і основною методикою або місцево середньоеритемними дозами. Обґрунтованим є проведення електрофорезу седативних й протиалергічних препаратів з розташуванням активного електроду на міжлопатковій області, ендоназальний електрофорез інталу.

Застосовують електрофорез кальцію, магнію, йоду, адреналіну та інших речовин. Слід зазначити десенсibiliзуючий ефект самої гальванізації. Спостерігається підвищення кількості та активності Т-лімфоцитів у крові, нормалізація ендокринного балансу, поліпшення вегетативної регуляції зовнішнього дихання, вирівнювання психологічних параметрів за рахунок м'якої седативної дії методики трансцеребрального УВЧ. Седативний ефект має електросон. З метою досягнення транквілізуючого ефекту широко використовують центральну електроанальгезію, магнітотерапію на потилицю або бітемпорально. При стійких проявах психологічного стресу, неврозоподібних станах, астенії показано лікування прісною водою, переважно седативні загальні ванни — хвойні, йодобромні, перлинно-кисневі, які нормалізують діяльність ЦНС, судинний тонус, мікроциркуляцію. Призначають також теплове укутування.

Заняття ЛФК сприяють адаптації організму хворого, його серцево-судинної системи і органів дихання до фізичних навантажень, підвищують його імунологічну реактивність щодо вірусної і бактеріальної інфекції. Активні заняття лікувальною фізкультурою сприяють оптимізації процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі, не тільки усувають функціональні порушення з боку ЦНС, але й оптимізують гормональний та імунний статус організму. Підвищення імунітету досягається при активації кори наднирників і щитовидної залози.

ДИСМЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ. Корекція

метаболических порушень повинна бути диференційована і визначатися типом, компенсацією, електролітними порушеннями і клінічними проявами.

При дисметаболическому синдромі з ацидозом показана седативна, спокійна, імуномодуюча терапія, оксигенація крові. Необхідно коригувати електролітний дисбаланс, у тому числі калієвий, магнієвий, і знижувати рівень ліпідів у крові.

Дисметаболический синдром з алкалозом, навпаки, потребує в адаптаційних заходах гіпоксикації, десенсibiliзації. Патогенетично обґрунтованим є підвищення у крові вмісту ліпідів, холестерину, жирних кислот.

Впливи фізичними чинниками при дисметаболическому синдромі з ацидозом спрямовані насамперед на корекцію жирового обміну й зниження рівня жирних кислот і холестерину в крові. Починають з організації правильного харчування, збільшують енергетичні витрати. Із методів фізіотерапії перевагу надають зовнішнім водолікувальним процедурам, де провідним є температурний компонент механізму дії. Це пов'язано з тим, що активізація енергообміну спостерігається рівною мірою під впливом і холодого, і теплового фактора. Одночасно гарячі водні процедури не стимулюють апетит хворих, чого не можна не враховувати при ожирінні.

Низка методик зовнішнього водолікування може бути організована у відділеннях відновного лікування: парова лазня, сауна, контрастні ванни, ванни з поступовим зростанням температурою (за Валинським). Інтенсивні термічні гідропроцедури призначають як засоби активізації енергообміну. При цьому протягом подальших 5-6 годин відбувається підвищення основного обміну на 30-40%. Одночасно в ряді випадків можна спостерігати несприятливий вплив на функціональний стан серцево-судинної системи хворого з ожирінням, що пов'язано з інтенсивною втратою рідини. Висока ефективність спостерігається при використанні теплової альфа-камери. Спокійна музика знімає емоційне напруження. Інфрачервоне випромінювання підсилює потовиділення, кровообіг та обмінні процеси у тканинах. Ця процедура особливо показана при метаболическому синдромі (гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, гіперхолестеринемія). Активують метаболізм у підшкірно-жировій клітковині також холодові процедури. Інші водолікувальні процедури, наприклад, підводний душ-масаж, циркулярний, віяльний, душ Шарко

здійснюють менш виражений вплив на зменшення маси тіла.

Показано призначення внутрішнього прийому мінеральних вод, промивання кишечника. При супутній патології печінки для питного лікування найчастіше використовують сульфатні мінеральні води середньої і високої мінералізації. Залежно від метаболічних порушень і секреції шлунка перевага надається гідрокарбонатним, гідрокарбонатно-сульфатним мінеральним водам малої та середньої мінералізації. При цукровому діабеті на тлі хронічного пилородуоденіта використовують гідрокарбонатні мінеральні води. Зниження функціональної активності шлунка є підставою для вибору хлоридних мінеральних вод. Застосування промивань кишечника при відсутності протипоказань показано всім хворим ожирінням.

Позитивний вплив на метаболічні процеси у хворих з ожирінням мають сірководневі, радонові та вуглекислі ванни. Однак наявність гепатозу обмежує використання сульфідних ванн. У цьому випадку не бажано також призначення грязьових аплікацій, оскільки грязь містить сірководень. Для корекції метаболічних порушень в організмі доцільно підсилювати кровотік у печінці та нирках, що досягається застосуванням електрофорезу магnezії або магнітотерапії на правому підберер'ї поперечно. Мікроциркуляція в нирках посилюється при теплових впливах на поперековий відділ (солюкс, пайлер-терапія).

Для місцевої електростимуляції жирових депо застосовують процедури СМС-терапії. Магнітотерапія на епігастральну область призводить до нормалізації обмінних процесів у хворих з недостатністю підшлункової залози. При обумовленому гормональними порушеннями дисметаболическому синдромі нарівні з медикаментозною терапією, лікувальним харчуванням і психотерапією на першому етапі лікування ожиріння призначають фізичні чинники, які коригують гормональний статус організму. Процедури відпускають на область щитовидної залози і яєчників (у жінок).

Для стимуляції реактивності організму при дисметаболическому синдромі з алкалозом показано світлолікування: загальна УФО і лазеротерапія. Іноді УФО через день поєднують з йодо-електрофорезом на область щитовидної залози. При гіпофункції яєчників центрального генезу внаслідок первинної зміни діяльності гіпоталамо-гіпофізарної системи застосовують ендоназальну гальванізацію та гальванічний «комір». Для нормалізації функції передньої

частки гіпофіза використовують УВЧ на область голови (лоб-потилицю). При гіпофункції яєчників проводять гальванізацію «трусикової» зони за Щербаком або вібраційний масаж попереку. Призначають ДМХ-терапію, яка надає секреторну дію на проекцію яєчників. Підвищує гормональну активність яєчників УЗТ клубової області.

4.8. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТИПОВИХ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ У СПОРТІ

4.8.1. Дисвегетативний синдром

Дисвегетативний синдром (вегетативна дисфункція, дисфункція вегетативної нервової системи, вегетативно-судинна дистонія) — умовний термін, який поєднує різноманітні за походженням і за проявами порушення вегетативних функцій організму, обумовлені розладом їхнього регулювання (дисрегуляція — універсальна патофізіологічна та загально-біологічна категорія).

Суть хвороб дисрегуляції полягає в порушенні фізіологічної міри реакції на збуджуючі впливи, тобто на реактивність організму, що призводить до розвитку дисадаптаційного синдрому. За цими ж біологічними законами розвивається перевтома у спортсменів, що визначає значущість вегетопатій у спортивній медицині. Вегетативна дисфункція корелює з обмінними, імунними і гормональними зрушеннями в організмі, обумовлюючи порушення гомеостазу. Дисвегетативний синдром (ДВС) слід розглядати як типовий патофізіологічний процес. ДВС в одних випадках формується як перманентний патологічний стан, в інших випадках набуває пароксизмальне протікання (у т.ч. у вигляді вегетативних кризів) або змішане (перманентно-пароксизмальне) протікання.

ДВС може бути або вторинним по відношенню до будь-якого основного захворювання або, навпаки, формувати патологічний стан. ДВС нерідко посідає центральне місце у проявах основного захворювання, визначаючи іноді найбільш тяжкі для хворого переживання, пов'язані з суб'єктивною картиною хвороби. У таких випадках усунення або полегшення проявів ДВС є для лікаря самостійним завданням загальної тактики лікування хворого, що обґрунтовує вказівку деяких форм ДВС в сформульованому клінічному діагнозі хвороби.