
Р о з д і л 5

МЕДИЧНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРОГРАМИ «СПОРТИВНЕ ДОВГОЛІТТЯ»

Спортивне довголіття залежить від генотипу людини, раціонального харчування, розумової, адекватної рухової активності, оптимістичного настрою. Стійкість і довговічність цих факторів визначається станом організму, який у свою чергу керується «квартетом» регуляторних систем: нервової, ендокринної, імунної та гуморальної. Поєднання відповідь цих систем на подразник формує адаптацію та реактивність організму (нормоергічну, гіпоергічну, гіперергічну). Адекватна збалансована нормергічна відповідь лежить в основі здоров'я і звикання до стресових факторів. Дисбаланс регуляторних систем на тлі гіпореактивності й гіперреактивності організму — це важлива умова дисадаптації та реалізації схильності до захворювань, що в свою чергу істотно скорочує тривалість активної спортивної діяльності. Знижена реактивність організму спостерігається при ваго-інсуліновому типі вегетативної дисфункції, переважанні пасивно-оборонних реакцій ЦНС і анаболічних гормонів у крові, при алергії з внутрішньоклітинним алкалозом. Навпаки, підвищену реактивність організму формують симпатoadреналовий тип вегетативної дисфункції з переважанням порушення в ЦНС і катаболічних гормонів у крові, на фоні імунодефіциту та ацидозу. Профілактика раннього виходу з професійного спорту полягає насамперед в усуненні «патологічного фону гомеостазу» й нормалізації реактивності організму спортсмена. Розроблені медичні реабілітаційні програми шляхом оптимізації параметрів гомеостазу «Спортивне довголіт-

тя» включають в себе підпрограми «Вегетативний паспорт» (визначення схильності до ваготонії, трофотропності, або симпатотонії, ерготропності, до розвитку різних форм захворювань, корекція вегетативного тону), «Розумова активність» (поліпшення кровопостачання й збалансованості процесів гальмування і порушення в ЦНС), «Гормональний баланс» (медична реабілітація дисгормональних порушень, нормалізація сексуальної активності, лікування порушень менструального циклу), «Імунна адаптація» (медична реабілітація алергічних та імунодефіцитних станів і захворювань).

5.1. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «ВЕГЕТАТИВНИЙ ПАСПОРТ»

Вроджена щільність адренорецепторів у тканинах, переважання трофотропної (ацетилхолвнної) або ерготропної (адреналінової) вегетативної регуляції формує ваго-інсуліновий або симпато-адреналовий тип дисвегетативного синдрому. «Вегетативний паспорт» людини відображує її схильність до ваготонії («сова», «вампір», «стаєр») або симпатотонії («жайворонок», «донор», «спринтер») і формує особливості настрої, поведінки, реалізацію певного «букету» захворювань. Розвиваються хвороби «порушеної вегетативної регуляції». Суть хвороб дисрегуляції зводиться до порушення фізіологічної міри реакції на збудження впливу, інакше кажучи, — реактивності орган-

ізму, що призводить до розвитку дисадаптаційного синдрому. Вегетативна дисфункція корелює з обмінними, імунними, гормональними зрушеннями в організмі й обумовлює порушення гомеокінеза. Усунення або полегшення дисвегетативних проявів є для лікаря самостійним завданням у спільній тактиці продовження спортивної активності.

При системній дисфункції у клінічній картині переважають різні клінічні прояви: кардіалгічний, кардіоваскулярний гіпотонічний і гіпертонічний, астматичний (ознаки дихального дискомфорту психогенної природи), енцефальний (гіпоталамічний), абдомінальний, вестибулярний, шкірної терморегуляції і м'язово-тонічні феномени. У пацієнтів з локальними дисвегетативними проявами порушення поширюються на окремі органи або проявляються, як окремі психогенно зумовлені симптоми (аерофагія, кашель, гикавка, глибоке часте дихання та інші).

В основі кожного клінічного симптому лежить переважання симпатотонії або ваготонії. Загалом синдром відрізняється переважною активацією однією з вегетативних нервових систем. При симпатикотонії спостерігається блиск очей, легкий екзофтальм («анти-Горнер»). Через зниження секреторної активності потових залоз і вазоспастичну реакцію відзначається сухість і блідість шкіри. Кінцівки холодні. Помічена схильність до підвищення АТ, тахікардії, запорів, білий дермографізм. Турбують парестезії в різних частинах тіла, особливо в кінцівках, мерзлякуватість, кардіалгія. Досить характерні зміни зафіксовані в психоемоційній сфері. Поряд з проявами ініціативи, працездатності, витривалості відзначаються емоційна напруга, тривожність, неспокійний сон. Знижена здатність до концентрації уваги.

Ваготонию відрізняє гіпергідроз, холодна, волога, бліда шкіра, червоний дермографізм. Спостерігається схильність до гіпотонії. Можлива дихальна аритмія. У психоемоційній сфері переважає астенізація, низька ініціатива, низька витривалість, апатичність, схильність до депресії. У стадії компенсації стресові реакції підсилюють симпатoadреналові симптоми й пом'якшують ваго-інсулінові симптоми. Коливальні зміни вегетативної системи, часто трактуються клініцистами як змішані, що не відповідає патофізіологічній основі. На початкових етапах будь-якої патології внаслідок активації неспецифічних систем адаптації частіше переважають реакції ерготропного, симпатoadреналового типу. На більш пізніх етапах вимальовується чітка відповідність клінічної симпто-

матики «вегетативному паспорту», переважають або ерготропні, або трофотропні ознаки порушень ВНС. Стадійні зміни в роботі ВНС слід враховувати при проведенні лікування.

Діагностика порушень вегетативного тону складається з консультацій терапевта, кардіолога, невропатолога, фізіотерапевта, рентгенолога. Необхідно провести магнітно-резонансну томографію головного мозку з ангіографією артерій головного мозку, гіпофіза, шийного відділу хребта, наднирників, ЕКГ. Схильність до депресивних явищ на тлі ваготонії або істеричних реакцій при симпатотонії установлюється з використанням клінічних тестів. З лабораторних тестів визначають вміст (активність) норадреналіну, адреналіну, дофаміну, 17-КС, 17-ОКС.

Лікування містить адаптаційне фармакологічне лікування, харчування, фізіотерапію. Оптимальним є диференційований адаптаційний підхід у профілактиці та лікуванні вегетативних порушень. Гіпоергічним ваготонікам — «стаерам» більшою мірою показані: адаптогени, психостимулятори, дофаміноміметики, збуджуючі амінокислоти (глутамат, аспартат, цистеїнова кислота), препарати кальцію, заліза, йоду, селену, кремнію у комплексі з жиророзчинними вітамінами А, Д, Е, фолієва та аскорбінова кислоти, прокінетики, венотоніки, попередники стрес-індукуючих гормонів та активатори метаболізму й синтезу серотоніну, прооксиданти, десенсибілізатори. У гіперергічних симпатотоніків — «спринтерів», навпаки, більш ефективні: седативні, атарактики, спазмолітики, симпатолітики, гальмівні амінокислоти (гліцин, таурин, ГАМК, бета-аланін), препарати магнію, калію, натрію, марганцю, ванадію, цинку, міді, молібдену, фосфору, фтору в комплексі з вітамінами групи В, стрес-лімуючі гормони, антагоністи кальцію й серотоніну, антиагреганти, нітрати, антиоксиданти, засоби залужування й зниження рівня холестерину в крові. Диференційоване адаптаційне лікування передбачає створення нових комбінованих препаратів з урахуванням представлених принципів.

При симпато-адреналовому типі вегетативних порушень широке поширення одержали антигомотоксичні препарати. Для таких пацієнтів необхідно використовувати препарати з гормонозалежним анаболічним ефектом: Нервохель (седативний, нормалізує сон, протисудомна дія), Кор композітум (кардіорегенеруюча, кардіотрофічна, капілярпротекторна, антиаритмічна дія), Кралонін (коронаророзширювальна, седативна, антиаритмічна, гіпотен-

зивна, анаболічна дія), Ангіо-Хель (капіляроротекторна, антиаритмічна, спазмолітична, гіпотензивна, кардіотрофічна дія), Мулімен (гормонорегулююча, спазмолітична, седативна дія). Преперати Ехінацея композітум (імуномодулююча, седативна, аналгезуюча, дезінтоксикаційна, протимікробна, протизапальна дія), Коензим композітум (антиоксидантна, дезінтоксикаційна, метаболічна дія, регуляція обміну вітамінів), Мета Т (хондропротективна, хондростимулююча, регенеруюча протизапальна, болезаспокійлива дія) нормалізують метаболізм тканин через залужування середовища.

При ваго-інсуліновому типі ваготонікам призначають Ескулюс композітум (венотонізуюча, флєбодинамічна, протинабрякова дія), Ігнація-Гомаккорд (антидепресивна, протитривожна, дренажна й метаболічна дія на ЦНС), Церебрум композітум Н (венотонізуюча, антидепресивна, гемостатична, ноотропна, ангіопротективна, імуномодулююча дія), Вертигохеель (психотонізуюча, дренажна, олігодинамічна дія, підсилює провідність нервових клітин головного мозку), усувають вагусний вплив, Лімфоміозот (лімфодренажна, десенсибілізуюча і детоксикаційна дія), Гепар композітум (гепатопротекторна, жовчогінна, дезінтоксикаційна, венотонізуюча, антидепресивна дія), Нукс воміка-Гомаккорд (загальна дезінтоксикаційна, дренаж матриксу, жовчогінна, гепатопротекторна, венотонічна дія, засіб вторгнень), Хепель (протизапальна, спазмолітична, жовчогінна, гепатопротекторна, засіб вторгнень) нормалізують метаболізм тканин через закислення середовища.

Для посилення ефекту лікування АГТП необхідно дотримуватися принципів адапційного харчування. Рекомендується дисневротична дієта. Симпатотонікам рекомендують стіл №1 (невротичний седируючий) на основі рослинно-рибної дієти з продуктів із великим вмістом вітамінів групи В і С, гальмівних амінокислот (таурину, гліцину, ГАМК, бета-аланіну) і мікроелементних складів: Мд, К, Сu, F, Zn, P, Мо, Мп, V, Cr, Na. Ваготонікам рекомендується стіл №2 (невротичний тонізуючий) на основі молочно-рослинної дієти, що містить жири, жиророзчинні вітаміни (А, Е, Д), збуджуючі амінокислоти (глутамат, аспартат, цистеїнову кислоту) і мікроелементи: Са, Fe, I, Se, Si.

Фізіотерапію проводять диференційовано залежно від «вегетативного паспорта» хворого. При виборі лікувальної тактики необхідно врахувати надсегментарний або сегментарний рівень ураження вегетативної нервової систе-

ми, перманентну або пароксизмальну тривалість і протікання вегетативних проявів, симпатичний або парасимпатичний тип порушення вегетативної регуляції. Корекція вегетативних розладів досягається за рахунок використання фізичних факторів, як, відповідно, знижують активність адренергічної системи і підсилюють ваготонію у першому випадку або, навпаки, знижують холінергічну систему й підсилюють симпатотонію у другому випадку.

При ваго-інсуліновій трофотропній формі порушень вегетативної регуляції призначають адаптаційну тонізуючу терапію: загальну франклінізацію, місцеву дарсонвалізацію, аероіонізацію, електрофорез антидепресантів, психостимуляторів, вазоконстрикторів, місцевоанестезуючих препаратів, лікувальний масаж, контрастні ванни, таласотерапію, душі середнього тиску, аерофітотерапію тонізуючих препаратів, загальне середньохвильове та довгохвильове УФО, лазерне випромінювання, сухоповітряну лазню, неселективну хромотерапію теплими тонами, перлинні, кисневі ванни, геліотерапію, холодний компрес, кріокамери. Підвищують активність симпатоадреналової системи лікарських електрофорезом адреноміметиків, кофеїну, куркуміну, кальцію, аскорбінової кислоти; душами середнього й високого тиску, а знижують активність холінергічної системи лікарським електрофорезом вітаміну В, кліматотерапією. Дані методи викликають активацію центрів вегетативної нервової системи, підкіркових структур, підвищують збудливість кори головного мозку, стимулюють гіпоталамо-гіпофізарну систему.

5.2. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА «РОЗУМОВА АКТИВНІСТЬ»

Розумова активність людини визначається станом метаболізму (рівнем серотоніну та його попередника холестерина в крові), мікроциркуляцією й балансом гальмування/збудження в ЦНС. Типовим процесом багатьох нервових розладів і соматичних захворювань виступає дисневротичний синдром, як прояв дисадаптації ЦНС (енцефалопатія). Він виявляється або як активація порушення з мігреноподібним спастичним болем, або, навпаки, як посилення гальмування і паралітичний застійний характер болю. Нормергічна відповідь на подразник лежить в основі високої розумової активності. Вона формується при пов'язаному реагуванні нервової, гормональної та імунної систем і характеризується певним збалан-