

## РОЛЬ ТА МІСЦЕ ПСИХО-ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСІ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

*Актуальной проблемой общественного здоровья в современных условиях встает проблема психо-физических дезадаптов. Подано определения психофизических дезадаптов, определены основные клинические формы заболеваний и их патогенетические механизмы. Предложены основные принципы и методы лечебно-реабилитационных мероприятий при психо-физических дезадаптов.*

*Ключевые слова:* дезадаптация, психо-соматические заболевания, реабилитация

\*\*\*

Сучасний стан суспільного здоров'я характеризується всезростаючим погіршенням психічної, фізичної та соціальної складової цього поняття, обумовлених ускладненням екологічної ситуації, надактуальними стресорними навантаженнями, зниженням загального адаптаційного потенціалу[3].

XXI століття з його неймовірним за інтенсивністю еколого-демографічним дисонансом породило цілу групу нових, невідомих ще 100 років тому патологічних станів – розладів психічного та фізичного здоров'я, якій на початку двотисячних років було присвоєно умовну назву – **психофізичні дезадаптози**[9].

Прошло майже 10 років, коли ми вперше запропонували цей термін для дефініції преморбідних станів, викликаних різного роду стресорами. На початку нашого шляху до психофізичних дезадаптов було віднесено лише Синдром хронічної втоми, а на сьогодні патогенетичну роль взаємообтжливих порушень психічної та фізичної адаптації визнано для більш ніж ста хворобливих станів і цей список є відкритим.

Стосовно фізичних змін в організмі при стрес-обумовлених реакціях вже багато написано, визначено критерії порушення фізичного стану при дезадаптації (в основному для шоккових станів, хвороб типу «функціональні порушення – структурні зміни»). Доведено провідну роль стрес-індукованих реакцій, а власне зриву адаптаційних механізмів, великої кількості хвороб, втім ряд захворювань ми вже сьогодні можемо віднести до суто психофізичних дезадаптов [4,5].

Втім на сьогодні відсутня єдина концепція діагностики, первинної та вторинної профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів з дезадаптозами, і для цього існує два основних комплекси причин [6].

Труднощі першого порядку обумовлені необізнаністю більшості лікарів з проблемою дезадаптов, оскільки психосоматична медицина в пострадянському просторі робить лише перші кроки. Не секрет, що більшість науково-практичних розробок в цій галузі були закритими і проводились спеціалістами військової, аерокосмічної медицини і впроваджувались в силових структурах чи лікувальних закладах елітарного типу. На сьогодні широкий загал лікарів має лише поверхневі знання щодо причин розвитку дезадаптов, методів їх діагностики та лікування. Лікаря простіше виставити звичний діагноз: дистонія, невроз, астено-невротичний синдром та призначити фармпрепарати, що на деякий час покращать стан пацієнта. Традиційна, класична медицина в сучасному суспільстві орієнтована на потребу фармацевтичної індустрії, а не навпаки, як повинно бути. Фінансові інтереси фармацевтичних компаній навіть переважають здоровий глузд, підштовхуючи лікарів до надмірного, в більшості випадків невинного призначення різного роду хімпрепаратів та біологічних домішок.

Труднощі другої групи обумовлені особливостями контингенту пацієнтів, що переважно хворіють на дезадаптози.

Як відомо, людський організм стає вразливим до екзо- та ендогенних стрес-факторів особливо в моменти найвищого напруження регуляторних систем гомеостазу, а саме в періоди гормональної перебудови (пубертатний період та період згасання гомональної активності), в періоди підвищеного фізичного чи психічного навантаження, довготривалих стресорних ситуацій. Також визначені статеві особливості дезадаптов, відповідно до яких на розлади адаптації страждають переважно жінки, що обумовлено більш складною та тонкою організацією циклічних нейро-ендокринних процесів організму. Отже першою групою пацієнтів, що страждають на дезадаптози є жінки, особливо в критичні періоди гормональної перебудови.

Важливим є той факт, що періоди гормональної перебудови, становлення репродуктивної функції, як у чоловіків, так і у жінок співпадають з критичними періодами психо-соціального плану. Тут мають значення як ендогенно-обумовлені адаптивні реакції (а відповідно і дезадаптози) психічної сфери, так і екзогенні психічні стресори, оскільки, наприклад, на перший критичний період 14-16 років припадає найбільше шкільне навантаження (перехідний 9-й клас, перша державна атестація, вибір подальшого шляху освіти). На пізній пубертат та власне ранній репродуктивний вік (17-18 років) припадає період закінчення школи, випускні экзамени, вступ до ВНЗ, адаптація до «дорослого» життя. Саме в ці періоди відбувається найбільша перебудова психічного стану та соціалізація особистості, а значить реакції психосоціальної адаптації досягають свого піку.

Психофізичні дезадаптози у дівчаток-підлітків проявляються у вигляді порушень менструального циклу і таких нейроендокринних синдромів, як синдром склерополікістозних яєчників та передменструальний синдром. Відсутність своєчасної і адекватної корекції при вищезгаданих станах може бути причиною розвитку пухлинної патології геніталів та молочної залози у жінок більш старшого віку, психопатизації та невротизації особи [1].

Період редукції гормонального гомеостазу також співпадає з періодом психо-соціального напруження, оскільки вік 40-50 років є періодом соціальної зрілості, піку кар'єри, максимальної реалізації в професійній сфері. В той же час, зміна міжособистісних відносин в мікросоціумі, пов'язана з виходом дітей у самостійне життя, народженням онуків, зміною зовнішності, подружніми відносинами створює додатковий психологічний тиск на нестабільний гомеостаз. Це стосується не тільки жінок, а в певній мірі і чоловіків, оскільки невідповідність типу психо-соціальної поведінки, якої вимагає оточення, фізичному стану та гормональному дисбалансу викликає внутрішній конфлікт адаптивних систем, що реалізується часто хворобами дезадаптації.

Другу групу, яка часто перехрещується з першою, складають пацієнти з числа соціально та професійно активних осіб у яких порушення адаптації пов'язані з вимогами, що диктує професійна діяльність людини періоду розвитку ринкової економіки. Це перш за все ненормований робочий день, що триває понад 12 годин (навіть вдома бізнесмен вимушений думати про виробничі проблеми), відсутність нормального харчування, неможливість переключитись з завдань професійної сфери на питання свого здоров'я. Людина вимушена працювати, щоб заробляти гроші, підтримувати свій імідж, бути в курсі всіх подій, що відбуваються в найближчому оточенні та соціумі взагалі. Такий режим роботи не дає можливості звернутись до лікаря, в повній мірі переключитись на проблеми здоров'я, пройти повноцінне лікування. Порушення адаптивних процесів розвиваються в нові психо-соціальні хвороби, до яких можна віднести т.з. "Синдром менеджера", та інші синдроми, в патогенезі яких провідну роль відіграє психологічна дезадаптація на професійному ґрунті. І хоча ці хвороби не несуть в собі безпосередньої небезпеки для життя і не призводять до фізичної інвалідизації, вони здійснюють свій негативний вплив на психосоматичний стан людини, перетворюючи її на ІНВАЛІДА БІЗНЕСУ.

Цей термін запропонований нами не даремно, оскільки дезадаптози вражають в першу чергу найбільш активну частину населення: керівників бізнес-структур, менеджерів вищої та середньої ланки, підприємців [7].

Втім лікарям доводиться в практиці стикатись з конкретними хворими, які виявляють конкретні скарги на погіршення самопочуття, погіршення якості життя, порушення фізіологічних процесів, підтверджені функціональними пробами та лабораторними аналізами. Детальне патопсихологічне та соціальне дослідження виявляють проблеми педагогічного, міжособистісного та соціального (життєвого) характеру. Поєднання клінічних та психолого-соціологічних ознак захворювань дозволяє визначати клінічні форми дезадаптовів, якими виявляються відомі хвороби.

В першому порядку психофізичних дезадаптовів стоять наступні нозологічні форми та синдроми:

**I. Ситуативно обумовлені психічні розлади.**

II. Неврози, що є класичними прикладами порушень психічної та фізичної адаптації та психо-соматизації.

III. Ідеопатичні хронічні больові синдроми (ІХБС).

Ця група захворювань віднесена до дезадаптовів в силу того, що в патогенезі ІХБС до основного в патогенетичній ланці дисбалансу ноци- і антиноцицептивної систем (порушень адаптивних механізмів) згодом приєднуються різноманітні морфо-функціональні порушення, що мають відповідні клінічні прояви. Ці прояви з однієї сторони маскують основний процес і ведуть лікаря від патогенетичного до симптоматичного лікування, з іншого боку - саме і є відображенням багатокomпонентності і інтегративності болю, недооцінка яких прирікає на безрезультатність усі зусилля лікаря при її лікуванні. Розуміння сутності ідеопатичного хронічного болю, як дезадаптозу

антиноцицептивних систем та вторинної психосоматизації болю є запорукою його успішного лікування. Прикладом цієї тапології є фіброміалгія, синдром хронічних тазових болів.

### III. Дизхронози.

До цієї групи варто віднести патологію, обумовлену порушеннями біологічних ритмів, яке має місце при зміні режиму праці (нічні чергування), трансокеанічних перельотах ( зміна часових поясів), реакції акліматизації.

### IV. Психо-нейро- ендокринна гінекологічна патологія

- Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду.
- Передменструальний синдром
- Патологічний клімакс
- Ановуляторна гіперандрогенія (синдром полікістозних яєчників)
- Синдром жінки-спортсменки

На перший погляд, всі ці захворювання можна віднести суто до гінекологічної ендокринної патології, втім, якщо дослідити етіологічні фактори з врахуванням психо-соціальної складової, то всі вони відносяться до порушень нормальних адаптивних процесів до змін гормонального гомеостазу, які часто обумовлені зовнішніми факторами [1].

### V. Вегетативні дистонії та інші вегетопатії

За патогенезом ці захворювання є яскравим прикладом порушення адаптивних реакцій вищих вегетивних центрів під впливом зовнішніх факторів психосоціального, екологічного та інформаційного дисонансу.

VI. Синдром хронічної втоми (СХВ, синдром хронічної втоми та імунних дисфункцій). На сьогоднішній день СХВ розглядається як психофізичний дезадаптоз з поліетіологічними розладами нейроендокринної і нейроімунної взаємодії, що виявляється в генетично схильних особистостях, що призводять до активації чи дисбалансу імунної системи і дисрегуляції центральної нервової системи. Оскільки симптоми варіюють і можуть змінюватися при використанні нейро-фармакологічних препаратів, вони можуть бути опосередковані нейроімунними трансмітерами. Якщо розглядати нейро-ендокринно-імунну систему як мережу взаємодій, то стане зрозуміло, що її робота, в тому числі адаптивні реакції, може бути порушена факторами, що впливають на різні ланки системи.

VII. Синдроми гострого виснаження та “вигорання”, характерні для осіб, що піддаються впливу надсильних фізичних чи психічних перевантажень. Актуальність Синдрому вигорання (Burn-out), який стає причиною не лише психо-фізичних розладів, а, інколи, і причиною раптової смерті на сьогодні в розвинутих країнах надзвичайно висока. Контингент пацієнтів – високопрофесійні працівники, надзвичайно активні менеджери, спортсмени-професіонали.

### VIII. Синдром менеджера та інші психогенні сексуальні дисфункції.

Описувана клінічна (а радше медико-соціальна) картина цього захворювання наступна: на початковій стадії з'являється нервозність, розлади сну, втрата апетиту, швидка стомлюваність. Надалі слабшає імунітет, зростає частота захворюваності на такі банальні хвороби як ГРВІ, паралельно зі збільшенням тривалості хвороби, загострюються хронічні захворювання. Та головним симптомом цієї хвороби є сексуальна дизгармонія. Розлади сексуальності носять характер синдрому дезактуалізації і реадптації сексуальної поведінки, який часто призводить до психогенно-обумовленої імпотенції у чоловіків та фрігідності і аноргазмії у жінок.

На сьогодні список клінічно оформлених дезадаптозів не є закритим, оскільки до стрес-індукованих хвороб можна віднести ще цілий ряд відомих захворювань, в тому числі і патології шлунково-кишкового тракту, хвороби обміну речовин, розлади сечо-статевої системи, в патогенезі яких стрес є не тільки фоновим станом, але і тригером патологічного процесу, про що вато пам'ятати лікарям, які щодня стикаються з цими пацієнтами на курорті Трускавець.

На сьогодні вже не є актуальною реабілітація лише фізичного стану пацієнтів, оскільки без врахування психічного статусу особи, її соціальної адаптації неможливо говорити про повноцінне відновлення функціонування особистості. Все це зумовлює необхідність розвитку та впровадження в повсякденну практику методів психо-фізичної реабілітації в комплексі санаторно-курортного лікування.

Психо-фізична реабілітація є невід'ємною частиною комплексної реабілітації, тісно поєднана з курортологією та фізіотерапією, є компонентом універсального реабілітаційного комплексу заходів медико-соціального характеру, адже фізичні кондиції при соматичних захворюваннях страждають не в більшій мірі ніж психічні. В цьому плані зростає роль санаторно-курортного лікування, яке є патогенетично обґрунтованим, оскільки перебування на курорті вже надає можливість розірвати вадне коло соціально-психологічних проблем, породжених виробничою діяльністю, а природні

лікувальні фактори здійснюють м'яку саногенну дію, направлену на розширення адаптаційних здатностей організму.

Таким чином неухильне зростання захворюваності на дезадаптози та психосоматичні розлади, самі по собі чи в структурі інших захворювань, і, в першу чергу унікальні можливості саногенезу при санаторно-курортному лікуванні, диктує необхідність опанування методами терапії цих станів в першу чергу фахівцями санаторіїв, рекреаційно-реабілітаційних закладів, які при отриманні необхідних знань та практичних навичок змогли б проводити повноцінні терапевтичні заходи у даній категорії хворих в тій короткій проміжок часу який лімітований терміном перебування на курорті.

Виходячи з концепції адаптивної медицини основними принципами терапії психофізичних дезадаптовів були визначені комплексність та різнонаправленість лікувального впливу (етіопатогенетична терапія), застосування методів саногенної та адаптогенної дії (а не симптоматична терапія), індивідуальна та мікросоціальна спрямованість методів психогенного характеру (сімейна психотерапія, педагогічні заходи, професійні тренінги), безперервність та повторність курсів (інтенсивна терапія гострого дезадаптозу-реабілітація – санаторно-курортне лікування - санологічні заходи) та мінімалізація медикаментозного впливу [2].

Відповідно до принципів адаптивної медицини нами було визначено методи терапії психофізичних дезадаптовів, спрямованих на ліквідацію фонових станів, корекцію основних системних порушень, реадаптацію та медико-соціальну реабілітацію пацієнтів. Комплекси лікування повинні включати наступні заходи та методи:

— Медикаментозна терапія – препарати ГАМК, імуномодулятори (наприклад Еербісол), нейрогормони (віта-мелатонін).

— Психотерапевтичні методики: психофонотерапія, раціональна психотерапія, аутогенне тренування, сімейна психотерапія.

— Адаптивна фізіотерапія (нормобарична гіпоксітерапія, електроімпульсна терапія (електросон-електроанальгезія), лазерне опромінення крові, фотохромотерапія.

— Бальнеолікування (радонотерапія, гідротермальні процедури)

— Методи фізичної реабілітації (кінезотерапія, масаж, постізометрична релаксація).

— Розвантажувальна дієтотерапія чи лікувальне харчування.

— Психологічні заходи: аналіз взаємовідносин, НЛП, розумова гімнастика

— Соціотерапевтичні методики: культтерапія, бібліотерапія, групові професійні тренінги, тощо.

— Використання природних лікувальних факторів – кліматолікування, мінеральні води, тощо.

В медикаментозній терапії психофізичних дезадаптовів повинні бути задіяні препарати, що забезпечують універсальний вплив на основні ланки патогенезу: психотропні, вегетостабілізуючі, імуномодельючі, адаптогенні.

Незаперечливими принципами патогенетичної терапії цих станів повинні стати наступні: вибір оптимальних (в основному невисоких) доз препаратів, урахування всіх протипоказань, побічних ефектів та можливих ускладнень, обов'язкове поєднання психофармакологічних, загальнозміцнюючих, симптоматичних препаратів із фізичними лікувальними факторами та методами психотерапевтичного впливу [8].

Лікування повинно проводитись по індивідуальному плану, що розробляється для кожного пацієнта, з урахуванням нозологічної форми, клінічного варіанту та провідної симптоматики. Найбільш важливим є визначення домінуючого психосоматичного комплексу та стану регуляторних систем пацієнта.

Та найбільш важливим при лікуванні дезадаптовів є створення та збереження необхідної психологічної атмосфери, що спрямована на підтримку хворого. Подібно до того, як хірург не може оперувати у септичних умовах, лікування дезадаптовів неможливе за умов стресогенної психотравмуючої ситуації. Який би ефективний препарат не призначався хворому, які б методи не застосовувались, без створення атмосфери доброзичливості та партнерства всі заходи, приречені на невдачу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлака Е.В. Стресс и его роль в формировании дисгормональных нарушений репродуктивного здоровья // Здоров'я України. – 2007 – № 10/1.-С.82.
2. Бурлака О.В., Золотарьова О.А., Стеблюк В.В. Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади. Організація медико-психологічної допомоги в умовах реабілітаційних центрів та санаторно-курортних закладів./ творческий союз «Сталкер», ЧП Литвинов, Судак, 2010. – 174 с.
3. Згуровский В.М., Никонов В.В. Стрессорная реакция. Взгляд на проблему // Врачеб. практика. – 2003. – № 5. – С. 4-8.
4. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляционная патология. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – М.: Медицина, 2002. –

№ 3. – С. 2-19.

5. Селье Г. Стресс без дистресса.- М. 1979.-89 с.
6. Стеблюк В.В., Бурлака О.В. Адаптивна медицина: концептуальні визначення та проблеми // Здоров'я України. – 2006 – № 13-14. – С. 122-123.
7. Стресс в работе менеджера./ под ред. Л.Д. Гиссена.- М., 1994.- 156 с.
8. Судаков К.В. Психоэмоциональный стресс: профилактика и реабилитация // Терапевт. арх.,-1997- 69(1): С.70–74.
9. Хвороби дезадаптації в практиці відновлювальної медицини / За редакцією М.В. Лободи, К.Д. Бабова, В.В. Стеблюка. — К.: Національний авіаційний університет, 2004. — 300 с.

## **V. STEBLIUK**

### **ROLE AND PLACE OF PSYCHO-PHYSICAL REHABILITATION IN HEALTH RESORT TREATMENT**

The most actually current problem of public health in modern terms is a problem of psycho-physical dezadaptosis. In article were done definitions of psychophysical dezadaptosis, defines the main clinical forms of diseases and their pathogenic mechanisms. Proposed basic principles and methods of treatment and rehabilitation at the psycho-physical dezadaptosis.

**Keywords:** adaptation, psycho-somatic illness, rehabilitation.

ДУ УкрНДІ медичної реабілітації та курортології

Дата поступлення:30.11.2011 р.