

Наличие бессимптомных доклинического и послеклинического периодов болезни свидетельствует о том, что общая продолжительность болезни больше и нередко значительно больше чем определяется клиницистом и ощущается больным. Особенно важно обратить внимание на предболезнь. Предболезнь – это состояние на грани срыва адаптационных механизмов организма, сопровождающееся незаметными изменениями традиционно измеряемых физиологических, биохимических и других показателей гомеостаза (эндоекологии). Она обратима, может не развиваться в болезнь, но и может стать основой болезни. Предболезнь – это время проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление защитных сил организма, предотвращения перехода эндоекологии (предболезни) в болезнь.

Таким образом, между нормой (здоровьем), понимаемой как идеальное состояние оптимального функционирования и болезнью существуют промежуточные состояния – предболезнь в условиях изменения внутренней среды (эндоекологии) организма, могущие включать в себя те или иные пограничные физиологические, биохимические показатели. Предболезненные состояния, следовательно, правильнее квалифицировать не как промежуточные между нормой и патологией или между здоровьем и болезнью, а как переходные от нормы к болезни. Тем самым они сохраняют статус здоровья, несмотря на то, что не относятся уже к норме.

Мы считаем, что выделение бессимптомного доклинического периода и бессимптомного послеклинического периода окажется полезным в практической деятельности специалистов, решающих задачи первичной и вторичной профилактики.

Отношение к проблеме выявления ранней диагностики преморбидных состояний, профилактики рецидивов и осложнений в работе врача-терапевта - это та лакмусовая бумажка, которая характеризует не только степень теоретической зрелости медицины, но и также степень теоретической зрелости практического врача.

Психосоматический подход в геронтопсихиатрии

С.Е.Татульян, С.В.Васильев

Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Понятия “психосоматические заболевания” и “психосоматическая медицина” укоренились повсеместно лишь в последние десятилетия. К пио-

нерам психосоматики можно отнести Bergmann (1936), Krehl (1936), Alexander (1939, 1948), Deutsch (1939), Dunbar (1946), Weizsaecker (1947) и др.

В нашей стране имел место длительный период негативного восприятия психосоматической медицины и психоанализа, но в настоящее время они вызывают значительный интерес, наблюдается увеличение количества научных работ и публикаций по данной тематике. Анализируя развитие психосоматической медицины, В.И.Симаненко и В.А.Ананьев с определенной долей условности выделяют следующие ее основные направления:

- клинико-эмпирическое;
- классического психоанализа, из которого вышла теория “символического языка органов”;
- “специфического эмоционального конфликта”;
- “личностных профилей”, радикалов, стереотипов поведения и его современный вариант “алекситимии”, “оперативного мышления”;
- эмоционального стресса, “стрессорного реагирования”;
- психофизиологическое;
- психоэндокринное, в том числе психоиммунное;
- проспективных и хрономедицинских исследований;
- нейрофизиологическое;
- “поведенческой медицины”.

Изначально в центре внимания психосоматики находились психологические факторы, затем преобладающей стала биомедицинская модель и лишь с конца 70-х годов биопсихосоциальная, предполагающая значимость биологических, психических и социальных факторов в развитии, течении и исходе физических и психических расстройств. В целом, психосоматика представляет собой не столько самостоятельную медицинскую дисциплину, сколько подход, учитывающий многообразие причин возникновения болезней и простирающийся в большом поле исследований. Ее специальный, в том числе исследовательский, интерес направлен на группу психических заболеваний, при которых все факторы играют важную роль. Психосоматика, потеряв свою особую этикетку, развивается в позицию или способ рассмотрения, которые можно обозначить как “интегральная медицина”.

В последние годы в структуре населения России отмечается нарастающий процесс старения и увеличения доли пожилых людей, которые составляют около 20% всего населения, а Санкт-Петербург относится к категории “стареющих” городов, здесь процент лиц позднего возраста превышает средние показатели. С увеличением возраста населения растет число психически больных, а также психических нарушений у пожилых людей (собственно функциональные психозы позднего возраста и слабоумие, эндогенные и реактивные психозы, пограничные состояния в позднем возрасте и психо-

соматические расстройства), что делает актуальной задачу оказания медико-социальной помощи пожилым и старым людям.

Современный пожилой психически больной представляет собой уникальный клинический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению патологии, конкурирующей по своей прогностической значимости и влиянию на качество жизни пациента. В целом, для больных позднего возраста свойственно:

- наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем;
- полиморбидность;
- преимущественно хроническое течение заболеваний;
- атипичность клинических проявлений;
- наличие “старческих” болезней;
- социально-психологическая дезадаптация

Многолетний опыт отделения гериатрической психиатрии НИИ им. В.М.Бехтерева показывает, что у психически больных пожилого и старческого возраста наиболее распространенной сопутствующей патологией является: сердечно-сосудистая (гипертоническая болезнь, ИБС, сердечная недостаточность) и эндокринная патология (сахарный диабет, тиреотоксикоз), заболевания печени и почек (холангит, гепатохолецистит, нефрит, мочекаменная болезнь), легких (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма) и желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, колиты).

Имеющиеся у пожилого больного различные психические и соматические заболевания вызывают так называемый синдром взаимного отягощения, затрудняют их своевременную и правильную диагностику, а также выбор адекватного и безопасного лечения.

В условиях полиморбидности происходит сложное переплетение многих симптомов, может снижаться привычная их диагностическая ценность, и в то же время различные проявления могут потенцировать друг друга, усиливая клинические симптомы.

Патология внутренних органов у больных пожилого и старческого возраста нередко выступает фоном, на котором протекают психические заболевания, иногда – этиопатогенетическим фактором различных психических нарушений. Таким образом, в геронтопсихиатрической клинике единственно возможным является психосоматический подход к больному.