



сорбции, признаков кишечного воспаления по результатам фекального кальпротектина и гистологической картины слизистой оболочки постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

References (Литература)

1. Vakhrushev YaM, Zagrebina EA. Enteropathy induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs (pathogenesis, diagnosis, treatment). *Ter Arkh* 2012; (5): 74–79. (Вахрушев Я.М., Загребина Е.А. Энтеропатия, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами (патогенез, диагностика, лечение). *Терапевтический архив* 2012; 5: 74–79.)
2. Smale S, Tibble J, Sigthorsson G, et al. Epidemiology and differential diagnosis of NSAID-induced injury to the mucosa of the small intestine. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15 (5): 732–738.
3. Morris AJ, Madhok R, Sturrock RD, et al. Enteroscopic diagnosis of small bowel ulceration in patients receiving non-steroidal antiinflammatory drugs. *Lancet* 1991; 337 (8740): 520.
4. Laine L, Connors LG, Reicin A, et al. Serious lower gastrointestinal clinical events with nonselective NSAID or coxib use. *Gastroenterology* 2003; 124 (2): 288–292.
5. Lim YJ, Chun HJ. Recent Advances in NSAIDs-Induced Enteropathy Therapeutics: New Options, New Challenges. *Gastroenterol Res Pract* 2013; Article ID 761060.
6. Tibble JA, Bjarnason I. Faecal calprotectin as an index of intestinal inflammation. *Drugs of Today* 2001; 37: 85–96.
7. Maiden L, Thjodleifsson B, Theodors A, et al. A quantitative analysis of NSAID-induced small bowel pathology by capsule enteroscopy. *Gastroenterology* 2005; 128 (5): 1172–1178.
8. Parfenov AI. *Enterology*. М.: Triada-X, 2002; 744 p. (Парфенов А.И. *Энтерология*. М.: Триада-Х, 2002; 744 с.)
9. Shah V, Lyford G, Gores G, et al. Nitric oxide in gastrointestinal health and disease. *Gastroenterology* 2004; 126 (3): 903–913.
10. Slomiany BL, Piotrowski J, Slomiany A. Endothelin-1, interleukin-4 and nitric oxide synthase modulators of gastric mucosal injury by indomethacin: effect of antiulcer agents. *J Physiol Pharmacol* 1999; 50 (2): 197–210.

УДК 616–053.9–084

Авторское мнение

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

М.И. Назаров — ГБУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе; **Т.П. Денисова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор; **А.А. Юанов** — ГБУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, доктор медицинских наук, главный врач.

PSYCHOLOGICAL BACKGROUND OF PREVENTION AND TREATMENT IN GERIATRICS

M. I. Nazarov — *Saratov Regional Hospital for War Veterans*; **T. P. Denisova** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Professor, Doctor of Medical Science*; **A. A. Yuanov** — *Head Doctor of Saratov Regional Hospital for War Veterans, Doctor of Medical Science*.

Дата поступления — 19.01.2015 г.

Дата принятия в печать — 10.03.2015 г.

Назаров М.И., Денисова Т.П., Юанов А.А. Психологические основы лечебной и профилактической работы с пациентами старших возрастных групп. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2015; 11 (1): 56–58.

Важнейшим аспектом клинической практики является установление доверительного контакта между врачом и пациентом. Рассмотрены основные психологические «подводные камни» работы с пациентами позднего возраста. Проведено психологическое обоснование особенностей лечебных и профилактических мероприятий в указанной возрастной группе.

Ключевые слова: клиническая психология, память, пожилые.

Nazarov MI, Denisova TP, Yuanov A.A. Psychological background of prevention and treatment in geriatrics. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2015; 11 (1): 56–58.

Confidentiality as the component of an interpersonal “patient — medical practitioner” contact formation can be considered as a corner stone of geriatric practice. Major psychological pitfalls of geriatric practice have been reviewed. The main issue of the paper is psychological substantiation of treatment and prevention of elderly.

Key words: clinical psychology, memory, elderly.

Введение. Среди пациентов поликлиники более 70% составляют лица старших возрастных групп. Практически каждый из них страдает различными патологическими процессами опорно-двигательной системы, существенно затрудняющими проведение профилактических осмотров, динамическое наблюдение за течением болезни и эффективностью проводимой терапии. В сложившихся условиях весьма актуально внедрение интерактивности, т.е. такой организации системы, при которой качество лечебной работы достигается информационным обменом па-

циентов и врачей посредством использования современных информационных технологий, а освоение их нередко затрудняют возрастные изменения психики.

Психологические особенности позднего возраста. Поздний возраст принято делить на пожилой и старческий. В пожилом возрасте многие продолжают трудовую деятельность, успешно справляясь со своими обязанностями, являются наставниками и советниками молодых. Большинство из них не имеют патологических отклонений психического статуса, связанного с инволюционными процессами [1].

Психофизиологические особенности пожилых не достаточно хорошо изучены и привлекают к себе внимание психологов, неврологов и гериатров. В стар-

Ответственный автор — Денисова Татьяна Петровна
Тел. +7 (8452) 535911
E-mail: t.p.denisova@gmail.com

ческом возрасте зачастую манифестируют различные заболевания внутренних органов, нередко формируется полиморбидность, приводящая к заострению вопроса о персонализации лечебной и профилактической работы, широком использовании современных информационных программ. Прежде чем ответить на вопрос о возможности и особенностях лечебной и профилактической работы среди пациентов гериатрического возраста, рассмотрим возрастные изменения психической деятельности, а именно памяти.

Память — комплекс познавательных способностей и высших психических функций по накоплению, сохранению и воспроизведению знаний и навыков, «входные ворота интеллекта», основа мышления, а следовательно, и обучения новым методам общения, в том числе с медицинским персоналом поликлиники. Сохранность памяти существенна и для контроля качества проводимой терапии.

Согласно современным представлениям, наиболее доказанной моделью памяти является следующая: после получения сигнала раздражения органов чувств информация сохраняется в сенсорной памяти (удерживает сигнал на доли секунды) в виде зрительных или слуховых образов, затем информация переводится в кратковременную память — память с ограниченной емкостью, где она организуется и кодируется, а обработанная информация сохраняется в долговременной памяти [1–4].

Рассмотрим специфические виды памяти. В основе формирования памяти лежат функциональные способности различных анализаторов. По органам чувств выделяются следующие виды памяти: зрительная, слуховая, тактильная, обонятельная, двигательная, формирование которых зависит от нейропсихических особенностей индивидуума, и прежде всего от индивидуальных особенностей анализаторных систем.

Физиологическую основу эйдетических образов, как правило, составляет остаточное возбуждение зрительного анализатора. Хорошо развитая модально-специфическая память зачастую является профессионально важным качеством: например, слуховая память музыкантов, вкусовая и обонятельная дегустаторов, двигательная — работников физического труда.

Важным аспектом нарушений сенсорной памяти в старших возрастных группах является конкуренция одновременно действующих сигналов, например зрительного и слухового, которая мешает формированию сенсорной памяти. Следовательно, демонстрация предмета и комментарии к нему не должны совпадать во времени.

Сохранение образов окружающего мира связано с синтезом модально-специфических картин, при этом формируются сложные образы, объединяющие зрительные, слуховые и другие модально-специфические сигналы. Образная память обеспечивает функцию длительного хранения. По некоторым представлениям, ее морфологической основой служат нейронные сети, включающие взаимосвязанные нейронные звенья, расположенные в разных отделах мозга. Поэтому выпадение какого-либо одного звена или нескольких звеньев образной памяти не способно разрушить всю ее структуру. Это обеспечивает образной памяти достаточный запас прочности в плане эффективности процессов усвоения и хранения новой информации. Указанные обстоятельства имеют особое значение у пациентов с хронической ишемией головного мозга, которой страдает большинство пациентов позднего возраста.

Эмоциональная память связана с запоминанием эмоционально окрашенных событий. Эмоционально окрашенное впечатление фиксируется практически мгновенно и непроизвольно, так же непроизвольно информация воспроизводится из эмоциональной памяти. Этот вид памяти во многом сходен с образной, но иногда эмоциональная память оказывается значительно более устойчивой, чем образная. Ее морфологической основой предположительно служат распределенные нейронные сети, включающие группы нервных клеток из разных отделов коры и подкорки.

Словесно-логическая память — это память на словесные сигналы и символы, обозначающие как внешние объекты, так и внутренние действия и переживания. Формирование семантической памяти представляется последовательным сцеплением звеньев, каждое из которых соединено с предшествующим и последующим. В результате выпадение даже одного звена (например, вследствие органического поражения нервной ткани) ведет к разрыву всей цепи, нарушению последовательности хранимых событий и к выпадению из памяти большего или меньшего объема информации.

Кратковременная память при физиологическом старении не меняется, ее изменения являются основой формирования когнитивных нарушений [4].

Вторым компонентом инволюционных изменений памяти является модификация долговременной памяти. Действительно ли здесь формируются роковые инволюционные изменения? Единого мнения по этому вопросу в настоящее время нет. Обследования лиц старшего возраста и молодых людей с сопоставимым уровнем образования (врачей и студентов старших курсов медицинского университета) на запоминание слов, образных выражений, логично построенных отрывков из художественных произведений, узнавание предметов опровергли последнее утверждение.

Поздновозрастные участники исследования успешно выполнили задание на узнавание, хуже — на воспроизведение услышанного. Наиболее полно лица старшего возраста запомнили отрывки текстов, имеющих логическое построение сюжета. Память на повторение у пожилых действительно снижена, но на узнавание она не изменена, а подкрепленная логикой процесса, сравнима с таковой у молодых людей 22–23 лет. Следовательно, память у пожилых работает избирательно, обладает достаточным запасом адаптации, но для ее мобилизации необходимо использование специальной организации подачи информации.

Таким образом, лечебная и профилактическая работа с лицами пожилого возраста, основанная на использовании современных информационных технологий, может быть вполне успешной при соблюдении определенных методических приемов. Они могут быть рекомендованы к использованию при освоении пожилыми пациентами современных информационных методов терапевтического мониторинга и контроля.

Освоение современных информационных технологий в значительной степени определяются типом психического старения [5–8]. Различают несколько типов психического старения.

Благоприятный тип — это принятие собственного старения, стремление к занятости, целеустремленная деятельность. Именно этот психологический тип, формирующийся к пожилому возрасту, социально адаптирован наилучшим образом. Работа с такими пациентами не требует специальной методики.

Неблагоприятный тип психического старения — это неприятие собственного старения. В этом случае возможны два варианта: карикатурное стремление казаться молодым или полное отрешение от жизни. В первом варианте требуется своеобразное репетиторство — многократное повторение последовательности приемов выполнения задания, результат может быть вполне удовлетворительный.

При втором варианте вопрос о переобучении малоперспективен. Значительно чаще встречается в пожилом возрасте установка зависимости: отсутствие высоких жизненных стремлений, склонность к зависимости от других людей, особенно родственников, социальная пассивность, чувство безопасности и гармонии во всем только в семейном кругу. Освоение современных информационных методик этой когортой пожилых лиц не часто успешно и требует вмешательства психотерапевтов и психологов.

Следующий тип старения психики — защитная психологическая установка, она характерна для самодостаточных людей, обладающих психологической броней. Сокрытие собственного мнения, внешнее разделение общепринятых взглядов и установок значат для них больше, чем внутренние переживания [5]. Они демонстрируют показную активность, даже лечащим врачам. Они завидуют молодым, бунтуют против смерти и страшатся ее. Установка враждебности, направленной на себя. Их жизненный баланс — отрицательный. Они пассивно принимают старость и связанные лишения. Отрешение от прошлых неудач и трудностей, неудовлетворенная потребность в любви и сочувствии — основа депрессии в старости. Именно эти люди рассматривают смерть как освобождение от страданий и требуют решения вопроса об эвтаназии. Важно учитывать эмоциональную сторону, но рассчитывать на формирование увлеченности и интереса у пациентов старшего возраста при знакомстве и освоении современных информационных технологий не приходится.

Повышение качества лечебной и профилактической работы среди пациентов старших возрастных групп требует внедрения организации системы, при которой качество лечебной работы достигается информационным обменом пациентов и врачей посредством использования современных информационных технологий — компьютерной системы и мобильной телефонной связи. В этих условиях система «врач — больной» работает с достаточной скоростью, выполняя главную функцию динамического и своевременного контроля самочувствия и проводимой терапии.

52% пациентов гериатрического возраста, наблюдающихся в поликлинике Саратовского госпиталя для ветеранов войн, успешно обучились компьютерным технологиям и самостоятельно сотрудничают

в системе интерактивности. В остальных случаях требуется помощь членов семьи или использование упрощенной методики мобильной телефонной связи. Главным при проведении занятий была персонализация методик и средств обучения, позволявшая индивидуально мобилизовать модально-специфическую, образную или словесно-логическую память.

Наряду с обучением пациентов старческого возраста информационным и коммуникативным технологиям (пользование телефоном, факсом, сетью «Интернет»), проводилось первое освоение электронного управления финансами и банковскими картами.

Заключение. Проведенный анализ литературных данных по психологическим изменениям пожилых и старых лиц, изучение состояния памяти в указанной группе пациентов и собственный опыт работы с больными старшего возраста позволяют заключить, что существующие у половины пациентов значимые физиологические изменения психологического статуса не мешают усваивать новый для них материал по использованию информационных технологий для адекватного проведения лечебных и профилактических мероприятий. В остальных случаях требуется помощь психотерапевтов и психологов, персонализация программ обучения, преимущественное использование индивидуальных занятий и адаптированной методики использования мобильной телефонной связи.

Конфликт интересов не заявлен.

References (Литература)

1. Godefroid J. Les Chemins de la psychologie (French, transl.). M.: Science, 1992; 870 p. Russian (Годфруа Ж. Что такое психология (пер. с франц.) М.: Мир, 1992; 870 с).
2. Krasnova OV, Liders AG. Psychology of ageing and old age: reader. M.: Akademia, 2003; 416 p. Russian (Краснова О.В., Лидерс А.Г. Психология старости и старения: хрестоматия. М.: Академия, 2003; 416 с).
3. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie (German, transl.). M.: Praktika, 1997; 1054 p. Russian (Ясперс К. Общая психология (пер. с нем.). М.: Практика, 1997; 1054 с.).
4. Mendelevitch VD. Clinical medical psychology. M.: MEDpress-inform, 2002; 588 p. Russian (Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2002; 588 с.).
5. Craig GJ, Baucum D. Human Development. Ninth ed. Prentice Hall, 2002; 940 p.
6. Mendelevitch VD. Psychiatric propaedeutics. M.: Medicine, 1997; 484 p. Russian (Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина, 1997; 484 с.).
7. Al'perovitch VD. Ageing problems. M.: AST Astrel', 2004; 352 p. Russian (Альперович В.Д. Проблемы старения. М.: АСТ Астрель, 2004; 352 с.).
8. Heuft G, Kruse A, Radebold H. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. (German, transl.). M.: ACADEMIA, 2003; 360 p. Russian (Хойфт Г., Краузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия (пер. с нем.). М.: АCADEMIA, 2003; 360 с.).

УДК 613.98 (045)

Оригинальная статья

ИСТОЧНИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ИНТЕРПРЕТАЦИЯХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Е.В. Чернышкова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой иностранных языков, доцент, доктор социологических наук; **Е.А. Андриянова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, профессор, доктор социологических наук; **В.Ф. Репин** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой физического воспитания, профессор, кандидат медицинских наук; **Д.В. Чернышков** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра физического воспитания, преподаватель.