

УДК 616-071/-072:612.8-053.85(575.2)

**КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, г. БИШКЕК**

Т.О. Мусабекова, С.Г. Шлейфер, Е.В. Андрианова, Н.Т. Рысалиева

Проведены клинико-неврологическое и нейропсихологическое исследования лиц среднего и пожилого возраста, сотрудников вуза и школы с целью определения предикторов цереброваскулярных заболеваний. Обнаружены нарушения режима "сон – бодрствование", приема пищи, по данным нейропсихологического тестирования в группе лиц пожилого возраста у всех обнаружена личностная тревожность. Отмечено преобладание умеренной и высокой ситуативной тревожности в группе лиц среднего возраста.

Ключевые слова: средний; пожилой возраст; нейропсихологическое тестирование.

**CLINICAL, PHYSIOLOGICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES
IN PEOPLE OF MIDDLE AND OLD AGE LIVING IN THE CONDITIONS
OF THE KYRGYZ REPUBLIC, BISHKEK**

T.O. Musabekova, S.G. Shleifer, E.V. Andrianova, N.T. Rysaliev

Clinical, neurological and neuropsychological observation was conducted in people of middle and old age, university and school staff, to determine predictors of the cerebrovascular diseases. Disorders of sleep-wakefulness and food intake were discovered and also according to neuropsychological testing in the group of older people was revealed the personal anxiety. The prevalence of moderate and high situational uneasiness in the group of people of middle age is noted.

Keywords: middle; old age; neuropsychological testing.

Изучение субклинических проявлений цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) в современных условиях урбанизации приобретает особую актуальность [1]. Так, кроме широко известных факторов риска в виде артериальной гипертензии, атеросклероза сосудов или их сочетания, артериальной гипотонии, сердечной аритмии, системных заболеваний, исследователи уделяют внимание факторам, способствующим прогрессированию ЦВЗ [1, 2]. К ним относятся выраженное психоэмоциональное напряжение, злоупотребление курением и алкоголем, гиподинамия, ожирение, нарушение обмена глюкозы, дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника с синдромом позвоночной артерии и т. д. [2]. Среди психоэмоциональных расстройств распространено состояние тревожности, которое встречается у 15–17 % взрослого населения [3]. Тревога определяется психоэмоциональным состоянием, возникающим в условиях неопределенной опасности или в ожидании какого-либо негативного собы-

тия. В исследованиях показано, что повышенный уровень тревожности, депрессивные расстройства приводят к изменениям в вегетативной нервной системе в виде гиперактивности симпатической нервной системы [4], воспаления и усиления свертываемости крови [5]. Это связано с риском развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и инсульта [6–8]. Цереброваскулярные заболевания являются мультифакториальными, их дебют, прогрессирование индивидуальны и различаются во времени, поэтому немаловажным становится изучение возрастных аспектов факторов риска заболевания [1, 2, 9]. Таким образом, с помощью клинического и нейропсихологического обследования можно определить функциональные возможности организма в различных возрастных группах [10, 11].

Цель исследования – определение клинико-неврологических и нейропсихологических особенностей у лиц среднего и пожилого возраста, проживающих в Кыргызской Республике, г. Бишкек.

Задачи:

1. Выявить клинико-неврологические особенности лиц среднего и пожилого возраста, проживающих в условиях низкогорья Кыргызской Республики, г. Бишкек.

2. Выявить нейропсихологические особенности у лиц среднего и пожилого возраста, проживающих в условиях низкогорья Кыргызской Республики, г. Бишкек.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование сотрудников вуза и средней школы г. Бишкек – 45 человек. Обследуемые были поделены на 2 группы согласно возрастным категориям, принятым ВОЗ: в 1-ю группу вошли 33 человека среднего возраста (35–59 лет), из них 31 (93,9 %) женщина и 2 (6,1 %) – мужчины. 2-ю группу составили 12 человек пожилого возраста (60–74 года), среди них 11 (91,7 %) женщин и 1 (8,3 %) мужчина. Преобладающее количество женщин в исследовании объясняется составом сотрудников вуза и школы.

Клинико-неврологическое обследование включало в себя сбор жалоб и анамнеза, а также определение пищевых привычек (объем потребляемой жидкости, кратность приема пищи) и физической активности, исследование неврологического статуса [12].

Эмоциональные нарушения исследовали с помощью шкалы оценки реактивной и личностной тревожности, предложенной Ч.Д. Спилбергером и адаптированной на русский язык Ю.Л. Ханиным (1969) [10]. Подсчет результатов опросника позволяет определить наличие у обследуемого низкого, умеренного или высокого уровня тревожности. Наличие и выраженность депрессивных нарушений определяли по шкале самооценки депрессии Цунга (The Zung Self-Rating Depression Scale – SDS; Zung V., адаптированная Т.Н. Балашовой, 1965).

Для определения когнитивных функций обследуемые, в целом, тестировались по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС, *англ.* Mini-Mental State Examination), разработанной в 1975 г. M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh для быстрой оценки когнитивных функций у взрослых. Субъективная шкала оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventory, Smets E.M., Garssen B., Bonke B. Manual; 1995) применена для количественной оценки астении: общей астении, физической астении, пониженной активности, снижения мотивации и психической астении (B.V. Захаров). Ночной сон исследовали с помощью самоопросника по нарушению ночного сна [10, 11].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты исследования. По результатам опроса мы получили общее представление об образе жизни обследуемых. Так, среди лиц среднего возраста на курение указали 10 (30,3 %) человек, при этом 4 (12,1 %) выкуривали 10 сигарет в день, а 6 (18,2 %) – 20 и более сигарет. Регулярное трехразовое питание отметили 17 (51,5 %) людей среднего возраста, при этом общий объем потребляемой жидкости в сутки составил до 1 литра у 13 (39,4 %), до 1,5 л – у 4 (12,1 %), 2 л – у 12 (36,4 %) и более 3 л отметили 4 (12,1 %) обследуемых. В данной группе регулярные занятия спортом в течение последних трех лет указали 5 (15,2 %) человек, в прошлом спортом занимались 13 (39,4 %) человек. Также 13 обследованных (39,4 %) указали, что ежедневно преодолевают расстояние в 1 км, 16 (48,5 %) человек отметили 2–3 км и 4 (12,1 %) проходят более 4-х км в день. Анализируя образ жизни группы лиц пожилого возраста, выявили среди них одного (8,3 %) педагога, который выкуривал 10 сигарет в день, при этом только 5 (41,7 %) обследуемых отметили регулярное трехразовое питание, 6 (50 %) человек указали потребление жидкости до 2 л в сутки, 2 (16,7 %) – до 1,5 л и 4 (33,3 %) – 3 л, соответственно. Также оценивая физическую активность среди лиц пожилого возраста, регулярные занятия спортом в течение последних 3-х лет указали 2 (16,7 %) человека, а в прошлом спортом занимались 4 (33,3 %) пациентов. Ежедневные пешие прогулки на расстояние 1 км совершали 3 (25 %) обследованных, на расстояние 2–3 км 6 (50 %) человек, 4 км и более проходили 3 (25 %). Средний показатель индекса массы тела в обеих группах практически не отличался и составил 27 единиц, что указывает на избыточную массу тела.

Во время опроса большая часть обследуемых отметили в анамнезе наличие соматических заболеваний: в среднем возрасте у 27 (81 %) обследуемых встречались такие заболевания, как гипертоническая болезнь, остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника, заболевания желудочно-кишечного тракта, гинекологические заболевания, варикозное расширение вен, заболевания щитовидной железы. Реже встречались заболевания почек, сахарный диабет II типа. В климактерическом периоде находились 17 (61,3 %) женщин. Прием лекарственных препаратов отметили 17 (61,3 %) опрошенных. В пожилом возрасте наличие соматических заболеваний отметили все опрошенные, чаще всего указывали на гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника, заболевания желудочно-кишечного тракта, деформирующий остеоартроз

преимущественно коленных суставов, варикозное расширение вен, заболевания щитовидной железы. Реже встречались заболевания почек, перенесенные ЧМТ в анамнезе. Периодический или постоянный прием лекарственных препаратов отметили все опрошенные в группе пожилых обследуемых.

По данным неврологического опроса, наличие головной боли в анамнезе у лиц среднего возраста выявили в 30 случаях (90,9 %), при этом у 12 (40 %) головная боль носила давящий характер, у 9 (30 %) – тупой, 4 (13,3 %) отметили сжимающую головную боль, 2 (6,7 %) – пульсирующую, один (3,3 %) – распирающую и 2 (6,7 %) человека отметили смешанный характер головной боли. По локализации головная боль распределилась следующим образом: 18 (60 %) обследуемых указали на двухстороннюю головную боль, 6 (20 %) – на боль в затылочной области, 2 (6,6 %) – в височной, 1 (3 %) – в лобной, 1 (3 %) – в теменной области и 2 (6,6 %) опрошенных не смогли уточнить локализацию боли. При этом на постоянный характер боли указали 14 (46,6 %) обследуемых, приступообразный – 14 (46,6 %) и 2 (6,6 %) человека затруднились описать характер головной боли. На высоте головной боли появление тошноты или рвоты отметили 8 (26,6 %) респондентов. Время возникновения головной боли преимущественно в утреннее время отметили 6 (20 %) человек среднего возраста, в обеденное – 4 (13,3 %), в вечернее – 13 (43,3 %), в ночное – 1 (3,3 %) и 6 (20 %) указали, что головные боли возникают независимо от времени суток. Продолжительность головной боли у лиц среднего возраста варьировала от 2 до 8 час. При этом в 13 (43,3 %) случаях наличие головной боли обследуемые связывали с переменной погоды, в 4 (13,3 %) – с голодом, в 10 (33,3 %) – с психоэмоциональной нагрузкой и сочетание нескольких факторов отметили 3 (10 %). На момент осмотра наблюдалась головокружение несистемного характера у 4 (12,1 %) лиц данной группы.

У лиц пожилого возраста головная боль наблюдалась в 9 (75 %) случаях, она носила преимущественно пульсирующий характер у 4 (44,4 %), тупой – у 3 (33,3 %), распирающая головная боль беспокоила 1 (11,1 %) и острая – 1 (11,1 %). На постоянно продолжающуюся головную боль жаловались 5 (55,6 %) человек, а на приступообразную – 4 (44,4 %). Головная боль локализовалась преимущественно с двух сторон в 5 (55,6 %) случаях, в лобной области – у 5 (55,6 %), в височной – у 2 (22,2 %) обследуемых. Продолжительность боли составляла от 2 до 48 часов. Чаще всего головная боль возникала в утреннее время – у 4 (44,4 %), реже в обеденное – у 3 (33,3%) и вечернее – у 2 (22,2 %), также была связана с пере-

менной погоды в 4 (44,4 %) случаях, с психоэмоциональной нагрузкой – в 4 (44,4 %) и 1 (11,1 %) случае на голодный желудок.

По данным нейропсихологического исследования, в группе лиц среднего возраста показатель личностной тревоги (ЛТ) высокой степени встречался у 19 (57,6 %), умеренной – у 13 (39,4 %) и низкой – у 1 (3 %) обследуемых, в то время как ситуативная тревожность (СТ) умеренной степени наблюдалась у 23 (69,7 %), высокой – 6 (18,2 %) и 4 (12,1 %) обследуемых страдали СТ низкого уровня. Стоит отметить, что легкая депрессия ситуативного или невротического генеза была отмечена у 12 (36,4 %) и субдепрессивное состояние – у 5 (15,2 %) пациентов. Также в первой группе исследование частоты встречаемости астении выявило наличие общей астении у 9 (27,3 %) человек, при этом у них преобладала физическая астения. Согласно результатам оценки ночного сна, выявлены легкие нарушения сна у 20 (60,6 %) и значительно затрудненный сон – у 4 (12,1 %) человек. В этой же группе общий балл по шкале оценки когнитивных функций составил в среднем $29,15 \pm 0,19$, что указывает на отсутствие когнитивных расстройств.

В группе людей пожилого возраста ЛТ умеренной и высокой степени наблюдалась у всех обследуемых, а СТ преимущественно была умеренного уровня у 9 (75 %), высокого – у 2 (16,7 %) и низкого – у 1 (8,3 %). Также в данной группе в 2 (16,7 %) случаях встречалась легкая депрессия и в 3 (25 %) – субдепрессивное состояние. Общая астения была диагностирована у 8 (66,7 %) человек. Однако значительные затруднения ночного сна встречались в данной группе в 4 (33,3 %) случаях, а легкое расстройство сна – у 7 (58,3 %) обследуемых. Общий балл по шкале оценки когнитивных функций оказался незначительно ниже, чем в группе лиц среднего возраста – $28,75 \pm 0,35$, что соответствует нижней границе нормы.

В неврологическом статусе у 24 (72 %) обследуемых среднего возраста обнаружена микроочаговая симптоматика: оживление сухожильных рефлексов – у 4 (12 %), кистевые патологические рефлексы – у 10 (30 %) обследуемых, шаткость в позе Ромберга – у 3 (9 %), белый нестойкий дермографизм определили у 15 (45 %) человек, стойкий – у 1 (3 %), болезненность при пальпации паравerteбральных точек шейного отдела у 11 (33 %) человек, а также шум в ушах отметили 2 (9 %) обследуемых.

В пожилом возрасте неврологическое обследование выявило микроочаговую симптоматику у 11 (92 %) человек: атеросклеротический ободок радужной оболочки – у 2 (17 %), девиация

языка – у 1 (8,3 %), сглаженность носогубной складки – у 4 (33 %), оживление сухожильных рефлексов – у 3 (25 %), анизорефлексия – у 1 (8,3 %), положительный ладонно-подбородочный рефлекс – у 3 (25 %), кистевые патологические рефлексы – у 4 (33 %) обследуемых, изменение мышечного тонуса – у 2 (17 %), шаткость в позе Ромберга – у 3 (25 %), белый нестойкий дермографизм определили у 1 (8,3 %) человека, стойкий – у 1 (8,3 %), болезненность при пальпации паравертебральных точек шейного отдела – у 3 (25 %), онемение в руках, обусловленное позой у 2 (17 %), а также шум в ушах отметили 4 (33 %) человека.

Таким образом, комплексное исследование сотрудников университета и школы выявило ряд изменений субъективных и объективных состояний респондентов. Нарушения режима питания и потребления жидкости отмечено у 16 (49,5 %) лиц среднего возраста и 7 (58 %) – пожилого. Нарушение режима “сон – бодрствование” в виде легких и умеренных нарушений сна – у 14 (73 %) обследуемых среднего возраста и у 17 (91 %) – пожилого, что может являться одним из факторов, влияющих на состояние биологических ритмов и, отсюда – вегетативной дисрегуляции. Дефицит потребления жидкости, выявленный у 17 (51,5 %) обследованных среднего возраста и у 8 (66,6 %) пожилого, влияет на состояние микроциркуляторного русла и, следовательно, на характер сосудистых реакций.

При неврологическом опросе одним из ведущих симптомов были головные боли. Характер цефалгии в среднем возрасте указывал на преобладание сосудисто-дистонического компонента и головной боли напряжения, а в пожилом возрасте носил преимущественно сосудистый характер. У 27 (81 %) обследуемых лиц среднего и у всех пожилого возраста имелась отягощенность по соматическим заболеваниям, у 24 (72 %) обследуемых – среднего и 11 (92 %) – пожилого возраста обнаружены неврологические нарушения, свидетельствующие об органических изменениях в ЦНС с заинтересованностью полушарий головного мозга.

По данным нейропсихологического тестирования, практически все лица пожилого возраста страдали высокой степенью личностной тревожности, в то время в группе лиц среднего возраста высокая степень ЛТ отмечалась у 19 (57,6 %) респондентов. Также во второй группе чаще встречались субдепрессивное состояние – у 3 (25 %) и общая астения – у 8 (66,7 %), в отличие от первой группы, где было отмечено 5 (15,2 %) и 9 (27,3 %) человек, соответственно.

Таким образом, у организованной группы лиц среднего и пожилого возраста, проживающих в условиях низкогорья г. Бишкека обнаружены клини-

ческие и нейропсихологические изменения, которые нарастают с возрастом.

Выводы

1. У обследованных лиц среднего и пожилого возраста, проживающих в климато-географических условиях Кыргызской Республики, в г. Бишкеке выявлены нарушения режима потребления пищи, жидкости, режима “сон – бодрствование”, сопровождающиеся микроочаговой неврологической симптоматикой, которые становятся более выраженными с возрастом.

2. Нейропсихологическое обследование в группе лиц пожилого возраста выявило высокую и умеренную степени личностной тревожности в 100 % случаев, субдепрессивное состояние у 3 (25 %) и общую астению у 8 (66,7 %) педагогов, а в группе лиц среднего возраста преобладает ситуативная тревожность умеренной у 23 (69,7 %) и высокой степени – у 6 (18,2 %) обследованных.

Литература

1. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 256 с.
2. Кадыков А.С. Сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова. М., 2007. 209 с.
3. Ильина Л.Л. Влияние возраста на показатели гомеостаза исследуемых в условиях предгорья / Л.Л. Ильина, Ч.А. Убашева, Т.Ц. Гурович // Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма: тез. докл. Бишкек, 1995. С. 30.
4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Л.: ЛНИИ-ТЕК, 1976.
5. Захаров В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 320 с.
6. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. СПб., 2010.
7. Zajecka J., Borian F.E., Keller M.B. Symptomatic and syndromal anxiety in chronic forms of major depression: effect of nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63 (5). P. 434–441.
8. Rozanski A., Blumenthal J. A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation 1999; 99 (2): 2192–217.

9. *Suarez E.C.* C-reactive protein is associated with psychological risk factors of cardiovascular disease in apparently healthy adults // *Psychosom Med* 2004; 66: 684–91.
10. *Buchholz K., Schorr U., Turan S. et al.* Emotional irritability and anxiety in salt-sensitive persons at risk for essential hypertension // *Psychosom. Med.* 1999. Vol. 49. P. 284–289.
11. *Kawachi I., Sparrow D., Vokonas P.S. et al.* Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study // *Circulation.* 1994. Vol. 90. P. 2225–2229.
12. *Mittleman M.A., Voetsch B., Caplan R.L.* Triggers of ischemic stroke: results from the stroke onset pilot study // *Stroke.* 2000. Vol. 32. P. 366–369. [Электронный ресурс]: [http:// www.vestar.ru](http://www.vestar.ru) (дата обращения 05.02.201)