

Л.С.ЧУТКО, д.м.н., профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии
Института мозга человека РАН, заведующий кафедрой психосоматики и психотерапии ФКП СПбГПМА, С.-Петербург

Астенические расстройства в клинической практике

Астения может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и развиваться у здоровых людей. Разработке общепринятой систематики препятствует полиэтиологичность астенических расстройств. Некоторые авторы считают невозможным возникновение астении под действием только психологических или только биологических факторов. Традиционный подход к лечению астенических расстройств предусматривает применение как немедикаментозных методик, так и средств фармакотерапии. При лечении астенических расстройств обычно используют ноотропные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях.

Ключевые слова: астения, головной мозг, десинхроноз, черепно-мозговая травма, депрессия, ноотропные средства, Метанфрот

Астения — неспецифический синдром, проявляющийся в виде патологической усталости, вялости, ощущения снижения энергии и работоспособности. Астения может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и при определенных обстоятельствах развиваться у здоровых людей.

Физиологическая утомляемость в отличие от астенических расстройств характеризуется: 1) слабой выраженностью астенических симптомов; 2) появлением астенических симптомов на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании; 3) исчезновении астенических симптомов после отдыха (Гиндикин В.Я., 2000).

Часто выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные (сочетанное воздействие физических и психологических факторов) астении.

Учитывая этиологию, патогенез и клинические проявления, Б.И.Ласков и соавт. (1981) различают следующие виды физиогенных астений:

1. Цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза).
2. Соматогенная астения.
3. Церебросоматогенная астения.
4. Адаптационная астения (астения негативной адаптации), включающая:

а) парциальные астении (перцепторно-оптическую, перцепторно-акустическую, перцепторно-оптико-акусти-

ческую); б) астению при десинхронозе; в) астению переутомления.

Разработке общепринятой систематики препятствует полиэтиологичность астенических расстройств. Некоторые авторы считают невозможным возникновение астении под действием только психологических или только биологических факторов. С одной стороны, А.Креиндлер (1963), говоря о психогенной природе астении, признает значимость цереброгенных и соматогенных факторов в развитии заболевания. С другой стороны, подчеркивается значимость психотравмирующих воздействий для формирования цереброгенных и соматогенных астений. Порог чувствительности к психогенным могут снижать соматические заболевания.

Цереброгенные астении (согласно МКБ-10 — органическое астеническое расстройство (F06.6)) возникают на фоне черепно-мозговых травм, нейроинфекций, сосудистых заболеваний головного мозга, интоксикаций, а также

последствий данной патологии. Это состояние характеризуется стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности астении в таких случаях часто бывает больше степени осознания. Утомляемость и сонливость могут возникать в покое. При неврологическом осмотре регистрируется очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика (асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, снижение брюшных рефлексов, патологические стопные знаки, головокружение, головные боли).

■ Порог чувствительности к психогенным могут снижать соматические заболевания.

Кроме вышеуказанных симптомов, для пациентов с церебросоматическим синдромом на фоне последствий черепно-мозговых травм характерна раздражительность, эксплозивность (взрывчатость). Гипостенический вариант астении может проявиться сразу после травмы, а гиперстенический ва-

риант проявляется чаще в более отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Для посттравматических астений характерны нарушения памяти.

Для пациентов с церебрастеническим синдромом на фоне атеросклероза сосудов головного мозга характерна беспричинная и безудержная слезливость («недержание аффекта»), длительное переживание эмоциональных событий («застревание аффекта»). Иногда на передний план выходят нарушения мышления в виде его замедления и затруднения.

На фоне хронических заболеваний внутренних органов, последствий острых соматических заболеваний или операций возникают соматогенные астении. Динамика проявлений астении зависит от выраженности симптоматики основного соматического заболевания. Важным признаком в этих случаях является наличие или отсутствие соматического неблагополучия.

В ряде случаев астенія может выступать в качестве продрома депрессивных расстройств (Гиндикин В.Я., 2000). В таких случаях говорят об астенической депрессии (депрессии истощения, неврастенической меланхолии) (Gayral L., 1972). Астенические депрессии чаще носят симптоматический характер и возникают на фоне тяжелых хронических соматических (сахарный диабет, анемия, цирроз печени, уремия) и неврологических (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоли головного мозга) заболеваний (Смулевич А.Б., 1999). Депрессивная астенія характеризуется стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой, наличием жалоб на затруднения, возникающие при выполнении обычных утренних гигиенических процедур. Преобладает апатия, пессимизм с чувством бесперспективности, ангедония (потеря чувства наслаждения).

Синдром хронической усталости (СХУ, Chronic Fatigue Syndrome) — гетерогенное состояние, важную роль в происхождении которого могут играть как психогенные факторы, так и вирусная инфекция (Wessely S., 1997; Afari N., Buchwald D., 2003). В частности, активно обсуждается роль вирусов герпеса 6-го типа и Epstein-Barr (White P. et al., 2001). Говоря о

СХУ, обычно упоминают такие симптомы, как длительный субфебрилитет, увеличение лимфоузлов, миалгии. Для постановки диагноза необходима длительность заболевания не менее 6 месяцев.

Чаще всего встречаются астении преимущественно психогенного происхождения — неврастении. К числу вызывающих неврастению факторов относятся острые или хронические психотравмирующие обстоятельства, выраженные неблагоприятные жизненные перемены, учебные или производственные перегрузки, конфликты в семье или на работе. По мнению В.Н.Мясищева, основной психологический конфликт, лежащий в основе неврастении, — это противоречие между желаниями и возможностями.

МЕТАПРОТ®
ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

**Придает силы,
побеждает астению!**

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОТЕКТОР

◀ Сочетает в себе:
▶ ноотропное,
▶ антигипоксическое,
▶ иммуномодулирующее,
▶ антиоксидантное действие.

◀ Применяется в составе комплексной терапии нарушений мозгового кровообращения, черепно-мозговых травм, менингита и энцефалита при когнитивных расстройствах.

Регистрационный номер: ЛСР.006795.09 от 16.03.2009
Одобрено к применению.
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

cotekc

В МКБ-10 неврастения (F48.0) характеризуется следующими критериями:

а) повышенная утомляемость, физическая усталость, общая слабость после незначительной умственной или физической нагрузки;

б) наличие по меньшей мере двух из следующих симптомов:

- мышечные боли;
- головокружение;
- головные боли напряжения;
- нарушения сна;
- неспособность расслабиться;
- раздражительность;
- диспепсия;

с) вторичные и невыраженные подавленность и тревожность.

Клиническая картина заболевания характеризуется полиморфностью проявлений. Собственно астенические жалобы (общая слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, дневная сонливость, адинамия) сочетаются с головными болями, головокружением, тошнотой, мнестическими затруднениями. Следует отметить, что эти жалобы не проходят после отдыха. Для пациентов с неврастением характерна повышенная чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету. Также отмечается повышенная чувствительность к ощущениям из внутренних органов, что отражается в многочисленных соматических жалобах.

Согласно предложению И.П.Павлова традиционно выделяют следующие формы неврастения: гипостеническую, для которой характерна повышенная утомляемость, падение работоспособности, сонливость, истощаемость; гиперстеническую, для которой свойственна повышенная реактивность, возбудимость, вспыльчивость, трудности при засыпании. По мнению В.Н.Краснова и Д.Ю.Вельтищева (1998), гиперстенический вариант характеризуется симптомами тревожного диапазона с признаками вегетативной лабильности и гиперестезии в отношении воздействия внешних факторов. Гипостенический вариант содержит более стабильные признаки, в большей степени соответствующие собственно депрессивному диапазону аффективного спектра. Иногда также выделяют форму неврастения, занимающую промежуточное положение между гиперстеническим и гипостеническим вариантами и характеризующуюся «раздражительной слабостью».

При хронизации неврастения на первый план выступают астеноипохондрический и астенодепрессивный симптомокомплексы (Карвасарский Б.Д., 1990). При первом варианте астения сопровождается развитием навязчивых страхов ипохондрического характера, при втором варианте эмоциональные нарушения приобретают депрессивную окраску.

При неврологическом обследовании регистрируется оживление сухожильных рефлексов и легкое возникновение вегетативных реакций (тахикардия, покраснение или по-

бледнение кожных покровов, повышенное потоотделение). Часто наблюдается тремор век и пальцев вытянутых рук.

Особенностью астенических расстройств последнего времени является несомненное учащение соматизации, а одной из наиболее распространенных форм соматизированных расстройств — головная боль (Гиндикин В.Я., 1997).

В качестве других жалоб часто фигурируют разнообразные нарушения сна: затрудненное засыпание, поверхностный сон с обилием сновидений. При полисомнографическом исследовании регистрируется большая по сравнению со здоровыми людьми продолжительность неглубоких стадий сна (Sharpley A. et al., 1997). После сна не возникает ощущения бодрости и свежести. К середине дня самочувствие улучшается, а к вечеру вновь ухудшается (Святош А.М., 1997). Среди типичных расстройств сна выделяют 3 клинических варианта: пресомнический, интрасомнический и постсомнический.

Среди клинических проявлений неврастения существенное значение имеют сексуальные расстройства: преждевременная эякуляция, ослабление эрекции и снижение полового влечения у мужчин, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия, снижение полового влечения у женщин (Карвасарский Б.Д., 1990).

Традиционный подход к лечению астенических расстройств предусматривает применение как немедикаментозных методик, так и средств фармакотерапии. Важную роль в лечении неврастения играет психотерапия. Одной из основных психотерапевтических методик, применяемых в лечении неврастения, является рациональная психотерапия.

Главной мишенью такого лечения является искаженная внутренняя картина болезни, создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний. В таких случаях рациональная психотерапия основывается на разъяснении больному доброкачественности имеющихся у него симптомов. Широкое применение в лечении неврастения получил метод аутотренинга (аутогенная тренировка), при котором путем самовнушения достигается состояние расслабления — релаксации. Первые сеансы направлены на достижение ощущений тепла и тяжести в конечностях и теле. В дальнейшем проводятся лечебные сеансы, направленные на улучшение тех или иных функций организма: регуляция пульса, дыхания и т.д.

При лечении астенических расстройств обычно используют ноотропные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях.

Новый ноотроп с антиастеническим эффектом — Метапрот проявляет антигипоксический, антиоксидантный, ноотропный, иммуномодулирующий эффекты, а также способен усиливать регенерацию и репарацию тканей. Выпускается в кап-

■ При лечении астенических расстройств обычно используют ноотропные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях.

сулированной форме, что позволяет уменьшить количество нежелательных реакций со стороны ЖКТ, лишен многих побочных действий на организм, характерных для традиционных ноотропов.

Метапрот назначают внутрь после еды по 0,25 г 2 раза в день. При необходимости суточную дозу повышают до 0,75 г (0,5 г утром и 0,25 г после обеда), а лицам с массой тела свыше 80 кг — до 1 г (по 0,5 г 2 раза в день). Курс лечения — 5 дней с 2-дневными перерывами между ними во избежание кумуляции препарата. Количество курсов зависит от эффекта и в среднем составляет 2—3 (реже — 1 или 4—6) курса.

Для повышения работоспособности в экстремальных условиях препарат принимают за 40—60 минут до предстоящей деятельности в дозе 0,5—0,75 г. При продолжении работы повторный прием производят через 68 часов в дозе 0,25 г. Максимальная суточная доза составляет 1,5 г, а в последующие сутки — 1 г.

Метапрот также применяют в рамках комплексной терапии последствий черепно-мозговых травм, нейроинфекций, нарушений мозгового кровообращения.

Поскольку неврастения часто ассоциируется с тревожными расстройствами, в терапии данного недуга часто используют транквилизаторы — психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность, страхи. При лечении неврастении лучше ограничиться небензодиазепиновыми транквилизаторами.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гиндикин В.Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 448 с.
3. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии танаканом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1999. — №7. — С. 37—40.
4. Крейндлер А. Астенический невроз / пер. с рум. — Бухарест, 1963. — 410 с.
5. Мясидцев В.Н. Личность и неврозы. — Л., 1960. — 426 с.
6. Святощ А.М. Неврозы: Руководство для врачей. — СПб.: «Питер», 1997. — 448 с.
7. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения // Руководство по психиатрии / под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 527—607.
8. Шабанов П.Д. Гипоксия и антигипоксанты // Вестник Рос. Воен.-мед. академии. — 2003. — №1 (9). — С. 111—121.
9. Afari N., Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: A review // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol.160. — P. 221—236.
10. Sharpley A., Clements A., Hawton K., Sharpe M. Do patients with 'pure' chronic fatigue syndrome (neurasthenia) have abnormal sleep? // Psychosom. Med. — 1997. — Vol. 59, №6. — P. 592—596.

РИВАРОКСАБАН ПРЕДОТВРАТИТ ИНСУЛЬТ

Компания Bayer HealthCare объявила, что препарат Ксарелто® (ривароксабан), предназначенный для приема 1 раз в сутки, одобрен Управлением США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) как средство предупреждения инсульта и системных эмболий у пациентов с мерцательной аритмией (МА) неклапанного происхождения. Ривароксабан является единственным зарегистрированным на сегодняшний день в США пероральным антикоагулянтом, обладающим такими преимуществами, как однократный прием в сутки в фиксированной дозе и отсутствие необходимости в постоянном мониторинге параметров крови. Оба эти фактора имеют немаловажное значение, если необходимо длительное лечение.

«В ходе клинических исследований было показано, что Ксарелто® эффективен у пациентов, имеющих дополнительный риск инсульта. Он обусловлен сопутствующими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия или сахарный диабет, а также другими факторами, увеличивающими риск инсульта», — отметил Роберт М. Калифф, М.D., сопредседатель исследования ROCKET AF и заместитель ректора Университета Дюка по клиническим исследованиям.



ОСТЕОПОРОЗ — СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В нашей стране в группу потенциального риска остеопоротических переломов входят 34 млн человек (24% населения). Из них 14 млн уже страдают остеопорозом, еще 20 млн имеют остеопению (снижение костной массы). И эти цифры будут неуклонно возрастать, поскольку в России, как и во всем мире, прослеживается отчетливая тенденция к старению населения. Согласно прогнозам, к 2050 г. доля людей 50 лет и старше в РФ возрастет до 56% от всего населения РФ, а людей 70 лет и старше — до 20%. При этом заболевание не признано государством как социальная проблема, а денситометрия — наиболее эффективный метод диагностики — не включена в программу госгарантий, поэтому большинству населения недоступна. В РИА «Новости» состоялась пресс-конференция «Вместе нас не сломать», приуроченная к Всемирному дню борьбы с остеопорозом.

В этом году по инициативе Российской ассоциации по остеопорозу и Общества пациентов с остеопорозом «Остеорус» Россия впервые провела этот день под общим для всех стран мира лозунгом «Любите свои кости: живите активно, включайте в рацион кальций, не забывайте про витамин D». «Решение проблемы невозможно без поддержки государства и принятия единых стандартов лечения и профилактики остеопороза», — отметила президент Российской ассоциации по остеопорозу профессор О.М.Лесняк.

