

Л.С.ЧУТКО, д.м.н., профессор, ФКП СПбГПМА, С.-Петербург

Неврастения

Астенические расстройства наблюдаются при различных соматических, неврологических и психических заболеваниях у 30—65% пациентов. Симптомы астении нередко отмечаются и у детей. Под астенией понимают патологическую усталость, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности, возникающее после нормальной активности.

Чаще всего встречаются астении психогенного происхождения — неврастении. Неврастении могут вызвать такие факторы, как острые или хронические психотравмирующие обстоятельства, выраженные неблагоприятные жизненные перемены, учебные или производственные перегрузки, конфликты в семье или на работе. Противоречие между желаниями и возможностями, по мнению В.Н.Мясищева, является основным психологическим конфликтом, лежащим в основе неврастении.

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

1. Повышенной утомляемостью, физической усталостью, общей слабостью после незначительной умственной или физической нагрузки.
2. Наличием по меньшей мере двух из следующих симптомов: мышечных болей; головокружения; головных болей напряжения; нарушений сна; неспособность расслабиться; раздражительности; диспепсии.
3. Вторичными и не выраженными подавленностью и тревожностью.

Неврастенический симптомокомплекс наиболее распространен в клинике неврозов. По данным Б.Д.Карвасарского (1990), он наблюдается у 34% больных неврозами.

Для клинической картины неврастении характерна полиморфность проявлений. Собственно, астенические жалобы (общая слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, дневная сонливость, адинамия) сочетаются с головными болями, головокружением, тошнотой, мнестическими затруднениями, причем эти жалобы не проходят после отдыха. Также характерна повышенная чувствительность к громким звукам, шуму и яркому свету. Отмечается повышенная чувствительность к ощущениям во внутренних органах, что выражено в многочисленных соматоформных жалобах.

Согласно предложению И.П.Павлова, традиционно выделяют следующие формы неврастении: гипостеническую, для которой характерна повышенная утомляемость, падение работоспособности, сонливость, истощаемость, и гиперстеническую, которой свойственна повышенная реактивность, возбудимость, вспыльчивость, трудности при засыпании. Гиперстенический вариант, по мнению В.Н.Краснова и Д.Ю.Вельтищева (1998), характеризуется симптомами тревожного диапазона с признаками

ми вегетативной лабильности и гиперестезии в отношении воздействия внешних факторов. Для гипостенического варианта характерны более стабильные признаки, в большей степени соответствующие депрессивному диапазону аффективного спектра. Иногда выделяют форму неврастении, занимающую промежуточное положение между гиперстеническим и гипостеническим вариантами и характеризующуюся «раздражительной слабостью».

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

При неврологическом обследовании больных неврастенией регистрируется оживление сухожильных рефлексов и легкое возникновение вегетативных реакций (тахикардии, покраснения или побледнения кожных покровов, повышенного потоотделения). Часто у этих пациентов наблюдается тремор век и пальцев вытянутых рук.

В последнее время особенностью астенических расстройств является несомненное учащение соматизации, а одной из наиболее распространенных форм соматизированных расстройств является головная боль (Пиндинкин В.Я., 1997). Больные с неврастенией часто обращаются к врачу по поводу головных болей напряжения (ГБН). Клинически ГБН отличаются своеобразием ощущений: это может быть монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая боль. Цефалгии не имеют четкой локализации, чаще встречаются диффузные, двусторонние с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. Иногда пациенты описывают жалобы на наличие тяжести, скованности в виде «каска» или «обруча» вокруг головы. Такое состояние традиционно обозначают как «каска неврастеника».

Некоторые исследователи, несмотря на то что вегетативные проявления рассматриваются в качестве облигатного признака астении, выделяют самостоятельный астеновегетативный синдром. Соответствующие расстройства определяются также в терминах «общая астения», «нейроциркуляторная астения», «вегетативная астения». В подобных случаях, по мнению А.Креиндлера (1963), явления дезинтеграции психовегетативной деятельности

преобладают над собственно астеническими. Последние представлены разнообразными и изменчивыми расстройствами: алгиями (чаще головными болями по типу «каска неврастеника», кардиалгиями, псевдоневралгиями и пр.), дисфункциями сердечно-сосудистой (тахикардией, колебаниями артериального давления) и других систем с псевдосоматическими эмоционально-вегетативными кризами.

В качестве жалоб также 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 пробуждения не возникает ощущения бодрости и свежести. Самочувствие улучшается к середине дня, а к вечеру вновь ухудшается (Святош А.М., 1997). Выделяют 3 клинических варианта типичных расстройств сна: пресомнический, интрасомнический и постсомнический. По наблюдениям Ю.Я.Тупицына (1973), преобладают пресомнические расстройства: неглубокий сон с пробуждениями и укороченный сон из-за раннего пробуждения.

Еще одним клиническим проявлением неврастения являются сексуальные расстройства: снижение полового влечения, преждевременная эякуляция, ослабление эрекции у мужчин, снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия — у женщин (Карвасарский Б.Д., 1990).

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. Для данного состояния характерна стойкость и монотонность, отсутствие явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности астении в таких случаях часто бывает больше степени осознания. Утомляемость и сонливость могут возникать даже в состоянии покоя. При неврологическом осмотре регистрируются очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика.

В ряде случаев астения может являться первым симптомом депрессивных расстройств. В таких случаях говорят об астенической депрессии (депрессии истощения, неврастенической меланхолии) (Gayral L., 1972). Астенические депрессии возникают на фоне тяжелых хронических соматических (сахарного диабета, анемии, цирроза печени, уремии) и неврологических (болезни Паркинсона, рассеянного склероза, опухоли головного мозга) заболеваний и чаще носят симптоматический характер (Смулевич А.Б., 2001). Для депрессивной астении характерна стойкость и отсутствие связи с нагрузкой, наличие жалоб на затруднения, возникающие при выполнении обычных утренних гигиенических процедур. Преобладают апатия, пессимизм с чувством бесперспективности, ангедония (потеря чувства наслаждения).

При традиционном подходе к лечению неврастения применяют как немедикаментозные методики, так и средства фармакотерапии. Лечение неврастения должно быть комплексным, поэтому большую роль в нем отводят психотерапевтическим методикам.

При лечении астенических расстройств обычно используют ноотропные препараты — лекарственные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основное действие которых направлено на улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях (Харкевич Д.А., 1993). Общим нейрофизиологическим коррелятом фармакологического действия ноотропов (пантогам актив, ноотропил, энцефабол) является их облегчающее действие на глутаматергическую передачу, усиление и удлинение долговременной потенциации.

Одним из классических ноотропных средств по праву считается ГАМК-ергический препарат пантогам. Пантогам представляет собой D-гопантеновую кислоту (кальциевую соль D(+)-пантоил-L-аминомасляной кислоты) и является высшим гомологом D(+)-пантотеновой кислоты (витамина B5), в которой b-аланин замещен на ГАМК. Спектр действия пантогама включает в себя как стимулирующее действие на центральную нервную систему, так и мягкое седативное. Пантогам корректирует проявление как психического, так и неврологического дефицита за счет влияния на ЦНС. Применяется для восстановления психической и физической работоспособности как у здоровых людей, так и у пациентов с астеническими расстройствами.

На базе НЦПЗ РАМН в 2009 г. было проведено клиническое исследование нового ноотропного препарата пантогам актив. Пантогам актив (рац-гопантеновая кислота) за счет входящих в его структуру рацемата право- и левовращающих изомеров гамма-аминомасляной кислоты показал отчетливое действие в виде редукции таких психопатологических симптомов, как астения, гипотимия, тревога, соматовегетативные расстройства, ухудшение памяти и концентрации внимания. Также, что не менее важно, действие пантогама актив можно увидеть уже с конца первой недели терапии. В ходе исследования пантогам актив показал благоприятный профиль безопасности: он не оказывал влияния на уровень АД, частоты сердечных сокращений, электрокардиографических показателей.

Учитывая, что астенические нарушения нередко бывают следствием сопутствующих соматических заболеваний, безусловно, требуется лечение основного заболевания и повышение адаптационных возможностей организма с помощью препаратов адаптогенов и энерготропных препаратов, таких как элькар.

Таким образом, лечение неврастения должно быть комплексным, индивидуальным и учитывать эффективность каждого препарата при определенной форме неврастения.