DOI: 10.56871/9760.2022.16.40.006
УДК 616.8-009.17+616.12-009.17+616-085-053.1/.9+616.891-008-02+159.9+613.8

ПОНЯТИЕ АСТЕНИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

© Юрий Павлович Успенский[1, 2], Юлия Александровна Фоминых[1, 2], Кямаля Низамитдиновна Наджафова[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова.
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Контактная информация: Кямаля Низамитдиновна Наджафова — ассистент кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана. E-mail: kyamalyok@yandex.ru ORCID: 0000-0002-8419-0272

Поступила: 28.12.2021 ***Одобрена: 28.01.2022*** ***Принята к печати: 01.03.2022***

РЕЗЮМЕ. Астения является одной из наиболее распространенных неспецифических форм реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние трудности. Согласно уровню обращаемости за медицинской помощью, более 60% жалоб пациентов приходится на долю связанных с астеническим синдромом, подобные расстройства наблюдаются у всех категорий населения. Проблеме астении посвящена данная лекция для врачей, в ней рассматриваются различные трактовки термина «астения», частота встречаемости астенических расстройств в клинике внутренних болезней, история формирования представлений об астеническом синдроме, особенности психосоматического статуса больных с астеническими расстройствами, а также этиопатогенез и подходы к классификации астенических расстройств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: астения; астенический синдром; астеническое состояние; неврастения; церебрастения.

THE CONCEPT OF ASTHENIA IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES

© Yuri P. Uspenskiy[1, 2], Yulia A. Fominykh[1, 2], Kyamalya N. Nadzhafova[1]

[1] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[2] First Saint-Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov.
197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6–8

Contact information: Kyamalya N. Nadzhafova — Assistant of Department of Faculty Therapy named after Professor V.A. Waldman. E-mail: kyamalyok@yandex.ru ORCID: 0000-0002-8419-0272

Received: 28.12.2021 ***Revised: 28.01.2022*** ***Accepted: 01.03.2022***

SUMMARY. Asthenia is one of the most common nonspecific forms of the central nervous system's response to a wide variety of external and internal difficulties. According to the level of medical care, more than 60% of patient complaints are related to asthenic syndrome. These disorders are observed in all categories of the population. This lecture for doctors is devoted to asthenia, it examines various interpretations of the term asthenia, the frequency of occurrence of asthenic disorders in the clinic of internal diseases, the history of the formation of ideas about asthenic syndrome, features of the psychosomatic status of patients with asthenic disorders, as well as etiopathogenesis and approaches to the classification of asthenic disorders.

KEY WORDS: asthenia; asthenic syndrome; asthenic condition; neurasthenia; cerebrasthenia.

ПОНЯТИЕ АСТЕНИИ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Астения (от греч. asthéneia — бессилие, слабость) — болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов. Данное определение астении указано в Большой советской энциклопедии. Кроме того, под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности.

Астения — одна из наиболее распространенных неспецифических форм реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние трудности (Николаева В.В., 1987). Г.К. Ушаков (1978) отмечает, что в клинической картине пограничных психических расстройств любого круга астенические расстройства всегда наличествуют и являются основой как для формирования навязчивостей, так и для иных форм пограничных расстройств (истерических, эксплозивных), приобретая в этих случаях новые клинические качества.

По мнению М.В. Коркиной и В.Л. Иванова, астения является самым типичным проявлением соматогенных расстройств, которая нередко бывает так называемым стержневым или сквозным синдромом в клинике внутренних болезней. Именно астения, отмечают авторы, в настоящее время в связи с патоморфозом соматогенных психических расстройств может быть единственным проявлением психических изменений. В случае возникновения психотического состояния астения, как правило, может быть его дебютом, а также завершением [6].

В литературе синонимами термина «астения» являются астеническое состояние, астенический синдром, астеническая реакция, нервно-психическая слабость. Как правило, астенические состояния сопровождаются вялостью, сонливостью, раздражительностью, а в сознании пациентов преобладает чувство усталости и разбитости. Следует особо подчеркнуть, что, будучи причисленными к наиболее легким синдромам, астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности пациентов, нарушают их привычную жизнедеятельность, а иногда выступают в качестве фона, на котором формируются другие более тяжелые психические или соматические нарушения (Аведисова А.С., 2003). Помимо астении в чистом виде, довольно часто встречаются ее сочетания с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями и другими психопатологическими феноменами [1, 2].

Понятие астении нередко используется в общей практике и воспринимается как нечто банальное. Действительно, астения стала спутником нашей повседневной жизни, также как и гиподинамия, несбалансированное питание, работа до полного истощения сил и недосыпание. Мы часто встречаемся с людьми, которые жалуются на переутомление, ухудшение памяти и внимания, расстройства сна и сексуальной функции, мышечную слабость и вообще отсутствие сил что-либо делать. Это и молодые амбициозные люди — жертвы «синдрома менеджера», которые интенсивно работая, стараясь достичь вершин в карьере, забывают о том, что организм не имеет бездонного запаса энергии. Это и студенты, которые учатся по ночам перед экзаменами, стараясь максимально сконцентрироваться на экзаменационном материале и все как следует запомнить. Не надо забывать и про людей, которые после перенесенных тяжелых заболеваний, например таких, как инфаркт миокарда, инсульт, либо других болезней, постоянно чувствуют переутомление, отсутствие уверенности в себе [4, 9].

Кроме того, астения — это защитная реакция организма на чрезмерные внешние и внутренние провоцирующие факторы, поэтому она может развиться и у абсолютно здорового человека. Почти каждый житель крупного города живет в состоянии хронического стресса, приводящего к развитию астении. Здесь играет свою роль и бешеный ритм современной жизни, и социальные переломы, ломающие психику людей.

В справочниках и словарях можно встретить следующие определения различных форм астении:

- астения гиперстеническая (*a. hypersthenica*; гипер- + греч. *sthenos* — сила) — астения в результате ослабления функции активного торможения, протекающая с явлениями потери самообладания,

несдержанности, раздражительности; термин был предложен А.Г. Ивановым-Смоленским;
- астения гипостеническая (*a. hyposthenica*; гипо- + греч. *sthenos* — сила) — астения в результате ослабления процессов возбуждения, протекающая с явлениями истощаемости, раздражительной слабости; термин был предложен А.Г. Ивановым-Смоленским;
- астения интоксикационная (синоним — неврастения интоксикационная) — астения при токсикоманиях и интоксикациях, характеризующаяся преимущественно вегетативными нарушениями;
- астения инфекционная (*a. infectiosa*; Бонгеффера астения) — астения, возникающая в течение или после инфекционного заболевания;
- астения органическая (*a. organica*; неврастения органическая, псевдоневрастения) — астения, наблюдающаяся одновременно с начальными симптомами органического поражения головного мозга (расстройствами памяти, слабостью суждений и др.);
- астения периодическая (*a. periodica*) — астения, наступающая приступообразно и характеризующаяся расстройствами настроения с отчетливым депрессивным компонентом;
- астения психическая (*a. psychica*) — астения, выражающаяся в повышенной истощаемости психических процессов и замедлении их восстановления; сочетается с психической гиперестезией и эмоциональной лабильностью.

Астенические расстройства могут наблюдаться у всех категорий населения. На долю связанных с астеническим синдромом жалоб приходится более 60%, согласно уровню обращаемости за медицинской помощью. По данным P. Skapinakis (2003), распространенность астенических расстройств в популяции варьирует от 1,2 до 5,45%. По данным T. Pawlikowska и соавт. (1994), N. Watanabe (2008), в общей популяции астенические расстройства встречаются в 12,2–18,3% случаев. Среди пациентов врачей общей практики астения наблюдается у 24–25% больных (Kroenke K., 1988; Hickie L.B., 1990). При ряде заболеваний, таких как хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность, рассеянный склероз, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) и многих других болезнях, данное патологическое состояние определяется у 50–100% пациентов (Hadjimichael O., 2008).

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ АСТЕНИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Первые упоминания о заболеваниях с астеническими (в современном понимании) расстройствами встречаются еще в работах Гиппократа (Джонс Э., 1924), Паскаля и Галена (Раймонд С., 1919), Ф. Пинеля (Pinel Ph., 1829).

Впервые термин «астения» был введен в 1735 г. К. Броуном. Автор считал, что недостаток раздражений, воздействующих на организм человека, вызывает усиление возбудимости — стению (от греч. *sthenos* — сила), а их излишек — уменьшение возбудимости — астению. Холод, голод, кровопотери, по мнению К. Броуна, вызывают «прямую астению», в то время как чрезмерное возбуждение влечет за собой истощение возбудимости — «непрямую астению». Каждая болезнь, считает автор, носит стенический или астенический характер. Этот самый первый этап учения об астениях, по мнению В.В. Николаевой, может быть охарактеризован как «патогенетический». Таким образом, термин «астения» применялся преимущественно для характеристики возбудимости организма [14].

Последующее изучение астении осуществлялось в неразрывной связи с формированием учения о неврозах и общим развитием психиатрии. Именно поэтому, как отмечает В.В. Николаева, данный этап изучения астении составил «симптомологический период», когда стали появляться описания специфических характеристик астении при различных заболеваниях и состояниях организма. Так, Г. Дюпюитрен в 1832 г., а затем и И.Е. Эриксен в 1868 г. описали клиническую картину астении после перенесенных травм. А. Сандер (1876), В. Гризингер (1881), Дж.М. Шарко (1888), В.Х. Кандинский (1890), Дж. Бабинский (1909), Раймонд (1910), Х. Жане (1911), П. Дюбуа (1912), Р. Бенон (1928), О. Бумке (1928) и многие другие исследователи охарактеризовали проявления астении, нервной слабости после травм, соматических болезней, инфекций и других внешних, в том числе психогенных, вредностей, расценивая их то как «состояние», то как «синдром», то как «неспецифическую реакцию» на вредность.

В 1869 г. М. Бирд вводит клиническое понятие «неврастении», или нервной слабости. С этого времени утверждается тенденция к

выделению неврастении как самостоятельного заболевания и разграничению ее с астенией как синдромологическим понятием. Одновременно устанавливается все более тесная связь неврастении с неврозами и постепенное клиническое отграничение приобретенной (истинной, экзогенной) от конституциональной (хронической, врожденной) неврастении, или, как ее называли некоторые авторы, невропатии (Шарко Дж.М., 1888; Кандинский В.Х., 1890; Жане Х., 1911; Бехтерев В.М., 1929; Краснушкин Е.К., 1934). Э. Крепелин (1912) относит «приобретенную неврастению», возникающую после чрезмерного волевого напряжения, к психогенным заболеваниям, отграничивая ее от «конституциональной нервности».

К.Г. Давиденкова (1928), Ю.В. Каннабих (1935), Е.А. Осипова (1935), В.А. Гиляровский (1946), С.Н. Давиденков (1957) этиологическим фактором неврастении считают острое или длительное перенапряжение, эмоциональное истощение, утомление, сопряженное с психическими травмами. Астения же, по мнению этих авторов, возникает вследствие голода, истощения, кровопотери, травматических поражений и инфекционных заболеваний. При этом существовала и точка зрения, в соответствии с которой неврастения может возникнуть и как следствие экзогенных (соматогенных) воздействий, таких как инфекции, интоксикации, соматические нарушения, и как следствие психогенных воздействий, т.е. после перенесенных психических травм. Одними авторами подчеркивалось ведущее значение соматогении, другими — психогении; в большинстве случаев отмечалась комбинация этих воздействий (Бамдас Б.С., 1961).

И.П. Павлов и его ученики изучили и физиологически обосновали механизмы астении. Экспериментально и клинически было доказано, что при самых разнообразных соматических, мозговых, инфекционных и других заболеваниях возникают закономерные изменения в течение основных процессов высшей нервной деятельности. При этом в первую очередь обычно ослабляется процесс активного торможения, в результате чего нарушаются контроль и сбалансированность его с раздражительным процессом. При последующем воздействии патогенного фактора появляются лабильность и слабость раздражительного процесса. При длительном или весьма интенсивном действии болезнетворного агента может развиваться склонность к запредельному торможению, а также другие нарушения высшей нервной деятельности. Клиническим отражением этих нарушений в одних случаях является астения, а в других — симптомы нервно-психической слабости, недержание аффекта и т.д. (Николаева В.В., 1978).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Широкий спектр астенических нарушений наиболее часто укладывается в констатирующие понятия «астения», «астенический синдром», «астеническое состояние» — понятия, фиксирующие определенный психосоматический статус человека. В качестве предрасполагающих соматических факторов применяются термины «астеническая конституция» (Кречмер Э., 1921), «астенический тип телосложения», в качестве предрасполагающих психологических и патопсихологических факторов — «астено-невротическая акцентуация личности» и «астеническая психопатия». В качестве самостоятельной нозологической единицы выступает «неврастения» (астенический невроз, невроз истощения), а также «психастения» и «церебрастения» [10].

Астеническая конституция. Понятие конституции шире, чем тип телосложения. Под общей конституцией понимают совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных наследственно и определяющих специфику реакций организма на воздействие среды. Помимо общей конституции, выделяют два класса частных: морфологические и функциональные. Морфологические конституции представлены хромосомной и телесной; функциональные — биохимической, физиологической, нейродинамической. Наиболее изучены в психологии соотношения между телесной, физиологической, нейродинамической структурами и психическими особенностями человека. В современных исследованиях конституциональная структура телосложения рассматривается как соединение гуморально-эндокринных и метаболических характеристик с более точным комплексным определением параметров морфологической структуры человеческого тела. К числу наиболее известных классификаций типов телосложений относятся описанные Э. Кречмером и У. Шелдоном.

Так, Э. Кречмер выделил три типа конституции, каждому из которых соответствуют определенные черты темперамента и предрасположенность к конкретным видам психических расстройств. Связь между типом

телосложения и темпераментом Э. Кречмер объяснял особенностями химического состава крови и гормональных систем. Он выделил три конституциональных типа: астенический (лептозомный), пикнический и атлетический.

Наиболее характерны симптомы астении для лиц с астеническим типом телосложения. Астенический (лептозомный) тип телосложения характеризуется следующими основными отличительными чертами: при росте тела отмечается незначительное развитие всех параметров в ширину. Вследствие этого средняя масса тела, все диаметры и периметры ниже средних. В целом астеник представляется в виде худого высокого человека, который кажется выше, чем он есть на самом деле. Плечи узкие, руки худые со слабой мускулатурой и тонкими костями. Грудная клетка длинная, узкая, плотная. Хорошо просматриваются и прощупываются ребра. Эпигастральный угол острый. Живот худой без отложений жира. Масса тела отстает от роста. Кости черепа тонкие, окружность черепа мала. Лицо повторяет особенности строения тела: отмечается задержка роста в ширину. Нос длинный, узкий, кончик носа скорее опущен вниз. Угол подбородка развит слабо. Рано наступает старение.

Астеническому типу телосложения, по Э. Кречмеру, соответствует шизоидный темперамент. Шизоидный темперамент находится между полюсами раздражительности и тупости: шизоиды обладают одновременно и чрезмерной чувствительностью, и предельной холодностью. Тонкая чувствительность у них может сочетаться с эмоциональной тупостью. Шизоиды интроверты. Они предпочитают одиночество, круг знакомств ограничен, стараются как можно реже сталкиваться с внешним миром, всячески избегают воздействий, которые причиняют им боль. Это люди, склонные к самоанализу, часто крайне эгоистичные. Социальное поведение отличается избирательностью и поверхностностью общения, без глубокого внутреннего контакта с окружающим. Шизоид не растворяется в среде, напротив, он противопоставляет себя внешнему миру, а потому и часто конфликтует с ним. Э. Кречмер отмечает, что холодный эгоизм, самодовольство и чрезмерное самомнение можно найти в семьях со склонностью к заболеванию шизофренией [12].

Шизоиды — типичные люди комплекса, у которых небольшие повседневные раздражения, а также аффективно окрашенные представления накапливаются, не проявляясь в поведении, а потом неожиданно при малейшем раздражении дают аффективный взрыв. По этой причине поведение их часто выглядит неадекватным, кривая темперамента скачкообразная. Психомоторика шизоида также обращает на себя внимание. Его отличает напыщенность и церемонность, торжественность и педантизм, иногда своеобразная «военная выправка», «аристократическая сдержанность», «деревянность» в движениях. В социальных взаимоотношениях шизоидной личности часто проявляется истощаемость, формируются астенические черты.

Астено-невротический тип акцентуации личности. Помимо оценки конституционального типа и соответствующего ему типа темперамента, которые выступают в качестве соматического обеспечения психической деятельности, имеет значение и структурно-функциональная организация целостной личности пациента. Умение определять тип личности пациента позволяет углубить представления о нем, выбрать наиболее эффективный стиль сотрудничества, добиваясь комплайнса и консенсуса в межличностных взаимоотношениях с пациентом. Понимание сильных и слабых сторон личности пациента позволяет конкретизировать направления психологической коррекции, психопрофилактики и психологической реабилитации в системе комплексной медицинской помощи данному больному. Владение методиками для определения типа акцентуации позволяет глубже изучить дифференциально-диагностические признаки пограничных нервно-психических расстройств [11].

Наиболее часто астеническая симптоматика наблюдается у лиц, которые относятся психологами к астено-невротическому типу акцентуации личности. Акцентуации — крайние варианты психической нормы, при которых отдельные черты характера наиболее выражены, в связи с чем обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного ряда психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим психогенным воздействиям. Каждый тип личности имеет склонность реагировать на жизненные трудности определенными психическими и психофизиологическими состояниями. Как считают психологи, личность определяет наиболее типичные эмоциональные состояния, а тем самым и повторяемость физиологических изменений в организме. Астенический вариант реагирования в наибольшей степени характеризует личность астено-невротического типа.

Астено-невротический тип личности обнаруживает себя достаточно рано. У людей астено-невротического типа с детства отмечаются разнообразные признаки невропатии: беспокойный сон, плохой аппетит, плаксивость, капризность, пугливость, иногда ночные страхи, заикание, тики, энурез и т.п. Главные отличительные черты этого типа наиболее ярко проявляются в подростковом возрасте: повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондрии. Утомляемость отмечается при любых повышенных физических, эмоциональных или интеллектуальных перегрузках. Они плохо переносят большие компании: простое присутствие рядом окружающих само по себе является значительной эмоциональной нагрузкой. В обстановке соревнования, проверки, разнообразных экзаменов, контрольных, самых разных испытаний легко возникает эмоциональное напряжение, которое субъективно переносится тяжело. Раздражительность проявляется в склонности к эмоциональным вспышкам, обычно в состоянии переутомления, часто по самому незначительному поводу, незаметному для окружающих. Раздражение может изливаться на случайно попавшихся под руку людей; оно быстро сменяется раскаянием, слезами, чувством вины.

Раздражительность астено-невротических личностей не носит качества агрессии, отличительным признаком которой является сознательное и преднамеренное причинение вреда, нанесение ущерба. Астено-невротический человек не планирует агрессию. Его раздражительность — это всегда признак слабости, проявление астении, на фоне которой снижается способность контролировать свои эмоциональные реакции и поведение в целом. Раздражительность проявляется случайными вспышками эмоций на лиц, оказавшихся рядом в данный момент, к которым эти реакции по сути дела отношения не имеют. После такой вспышки не наступает чувства удовлетворения от причинения страданий окружающим, как это бывает при агрессии, в особенности, если она окрашена чертами садизма или жестокости; вместо этого у астено-невротических людей возникает раскаяние, сожаление, чувство вины [8].

У людей астено-невротического типа отмечается выраженная склонность к ипохондрии. Ипохондрия — болезненно преувеличенное беспокойство о своем здоровье. Такие индивиды постоянно прислушиваются к малейшим неприятным ощущениям со стороны внутренних органов: где-то что-то заболело, закололо, возникло ощущение дискомфорта — сразу пугаются, начинают посещать врачей, обследуются, лечатся, охотно укладываются в постель. Если же забота о своем здоровье становится основным содержанием и интересом в жизни, речь идет об ипохондрическом развитии личности, которое часто наблюдается у лиц астено-невротического типа. Этим людям совсем не свойственны алкоголизм, наркомании, токсикомании, какие-либо нарушения поведения. Реакция эмансипации в подростковом возрасте ограничивается маломотивированными вспышками раздражения в отношении родителей, воспитателей, вообще старших. Астено-невротические люди ищут компании, но быстро от них устают, предпочитая одиночество или общение с одним близким другом.

На почве астено-невротического типа может формироваться неврастения, реактивные депрессии непсихотического уровня, острые аффективные реакции, а также ипохондрическое развитие личности. Критическая ситуация для этих людей — интенсивная нагрузка, ситуация, когда осознается невыполнимость собственных планов, нереальность надежд и желаний. Часто у них формируется своеобразное защитное «ограничительное поведение»: они стремятся таким образом организовать свою жизнь, чтобы оградить себя от возможности малейших перегрузок.

В экстремальных ситуациях астено-невротический человек быстро декомпенсируется, обнаруживая реакции преимущественно астено-депрессивного типа. Конструктивные адаптивные механизмы не используются. По мере утяжеления стресса уровень дезадаптации нарастает. Самостоятельно справиться с чрезвычайными ситуациями астено-невротический человек, как правило, не может. В трудных жизненных обстоятельствах ему требуется помощь и поддержка окружающих людей.

Оценка астенических феноменов предполагает изучение конституциональных особенностей, свойств темперамента, характеристик личности пациента, дополненных исследованием предъявляемой врачу актуальной болезненной симптоматики. Это требует сочетания клинического и психологического подходов, каждый из которых предполагает свою методологию, конкретные методы исследования, свой понятийно-концептуальный аппарат. Таким образом, интерпретация и описание астенических явлений в медицине и в психологии носят взаимодополняющий характер.

ЭТИОЛОГИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Этиологические факторы астенических расстройств крайне разнообразны. Существуют различные классификации по этиологии астении.

А.Г. Панов и В.С. Лобзин (1975) выделили несколько групп экстремальных факторов, вызывающих астеническое состояние [6]:

- физиологические воздействия и нагрузки;
- необычные для организма воздействия, такие как проникающая радиация, электромагнитное воздействие, невесомость и т.д.;
- необычные условия жизни и труда со значительным и длительным сдвигом биоритмов (частые смены часовых поясов, нарушения суточной периодики сна и бодрствования) — десинхроноз;
- чрезмерное психоэмоциональное напряжение.

В литературе наиболее часто выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные астении. В генезе мультифакториальных астенических расстройств играет роль сочетанное воздействие физических и психологических факторов. С учетом этиологии, патогенеза и клинических проявлений Б.И. Ласков и соавт. (1981) описали следующие виды физиогенных астений:

- цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза);
- соматогенная астения;
- церебросоматогенная астения;
- адаптационная астения (астения негативной адаптации), в свою очередь подразделяющаяся на:
- парциальные астении (перцепторно-оптическая, перцепторно-акустическая, перцепторно-оптико-акустическая);
- астению при десинхронозе;
- астению переутомления.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Астения представляет собой комплексное психовегетативное расстройство организма, развивающееся вследствие дисфункции лимбико-ретикулярных структур головного мозга на фоне психоэмоционального стресса. Кроме того, в развитии астении важную роль играют нарушения функции биологических часов, так называемых биоритмов. Они регулируют в течение суток секрецию ряда гормонов: соматолиберина, тиреолиберина, кортиколиберина, контролируют колебания температуры, артериального давления, состояние бодрствования, также влияют на аппетит и работоспособность организма. Работа биологических часов наиболее интенсивно нарушается в следующих случаях: при перелете на дальние расстояния (быстрая смена часовых поясов), при работе в разные смены, у пожилых людей [3, 11].

Основной патогенетический механизм астении заключается в перегрузке активирующей ретикулярной формации, которая синхронизирует все аспекты поведения человека и управляет его энергетическими ресурсами. R. Du Boistesselin (1988), C. Feuerstein (1992) в своих работах описывали, что в патофизиологии астенического синдрома ретикулярная активирующая система (РАС) является основным звеном, представляя собой плотную нейрональную сеть, ответственную за управление энергетическими ресурсами организма. Данная система более известна как ретикулярная формация, которая является «энергетическим центром» головного мозга, отвечающим за активное бодрствование организма. Ретикулярная активирующая система вовлечена в контроль координации произвольных движений, автономную и эндокринную регуляцию, сенсорное восприятие, запоминание, активацию коры головного мозга.

Благодаря большому количеству нейрофизиологических связей РАС играет важную функцию в физической активности, модуляции психологического отношения, аффективного выражения, а также в интеллектуальных функциях организма (Чернусь Н.П., 2009; Bonica J.J., 1962). Изменение активности РАС влияет на функционирование гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, являющейся ключевой нейрогормональной системой в реализации стресса, в том числе через гуморальные, гормональные и иммунные реакции (Куликовский В.В., 1994; Soft L.V., 1999). Истощение и перегрузка при астении в этом случае являются признаками декомпенсации указанного регуляторного механизма. Считается, что астения представляет собой эквивалент «аварийного тормоза», который препятствует полной потере работоспособности. В этом контексте астения рассматривается как универсальная реакция организма на любое состояние, угрожающее истощением энергетических процессов, будь то астения, вызванная органическими или функциональными причинами [5, 8].

При развитии астенического состояния формируется сигнал о перегрузке ретикуляр-

ной активирующей системы и плохом управлении энергетическими ресурсами организма. Это особый сигнал тревоги, информирующий индивидуум о необходимости временного прекращения умственной или физической деятельности, модификации образа жизни и медикаментозной коррекции возникшего патологического состояния.

Известно, что любая деятельность человека требует постоянного снабжения энергией. После ряда биохимических реакций, входящих в цикл Кребса, в митохондриях синтезируется аденозинтрифосфат (АТФ) — источник энергии для человеческого организма. Энергетические аспекты, связанные с метаболизмом, очень важны, так как мозг человека потребляет до 25% всех энергетических ресурсов организма, и его активность постоянно высока как в дневное, так и в ночное время. Мозг потребляет значительную часть энергии молекул АТФ и наиболее быстро реагирует на их дефицит. Незначительное снижение концентрации АТФ ведет к замедлению процессов мышления и запоминания, снижению способности к концентрации, к общей слабости, нарушениям сна и т.д.

Появление симптомов астении рассматривается как сигнал о перегрузке ретикулярной активирующей системы, аутоинтоксикации продуктами метаболизма и о нарушении регуляции выработки и использования энергетических ресурсов организма. Это особый сигнал тревоги, информирующий регуляторные системы организма о необходимости временного прекращения умственной или физической деятельности.

КЛАССИФИКАЦИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ АВТОРОВ

Обособление астенического синдрома в рамках неврастении (раздражительной слабости) относится к XIX веку (Beard G., 1868). Классификация МКБ-10 в отличие от предшествующей (МКБ-9), «избавившись» от всех остальных неврозов как от «расплывчатых и неопределенных понятий», сохранила именно неврастению в качестве самостоятельной нозологической единицы, тем самым подчеркнув, с одной стороны, клиническую реальность этого состояния, а с другой — самостоятельность терапевтических подходов.

Утомляемость — самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам, особенно к врачам общей практики, составляет основной симптом астенических расстройств. Наряду с повышенной утомляемостью и истощаемостью они включают в себя такие проявления, как раздражительная слабость, гиперестезия, вегетативные нарушения, расстройства сна (трудности засыпания, поверхностный сон) [7].

Клиническая типология астенических расстройств определяется двумя ее вариантами: гиперстенической астенией, характеризующейся сверхвозбудимостью сенсорного восприятия с повышенной восприимчивостью нейтральных в норме внешних раздражителей (непереносимостью звуков, света и т.д.), возбудимостью, повышенной раздражительностью, нарушениями сна и другими проявлениями, и гипостенической астенией, основными элементами которой являются снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам с вялостью, повышенной слабостью, дневной сонливостью [13].

Хотя больные и описывают астению как повышенную утомляемость, научное определение астенического состояния требует отграничения его от простой утомляемости. В отличие от утомляемости (обозначающейся иногда как донозологическая астения, которая является физиологическим состоянием, следует за интенсивной и продолжительной мобилизацией организма, как правило, возникает быстро и восстанавливается после отдыха, не нуждается в медицинской помощи) астеническое состояние представляет собой патологическое, появляющееся постепенно и вне связи с необходимостью мобилизации организма, длительностью месяцы и годы, не восстанавливающееся после отдыха и нуждающееся в медицинской помощи.

Донозологическая астения (утомление) часто возникает после чрезмерных физических, психических или умственных нагрузок, при неправильном чередовании работы и отдыха, систематическом недосыпании, адаптации к новым климатическим условиям и других факторов, и в литературе описывается как информационный невроз, синдром менеджера, синдром «белых воротничков», синдром руководящих кадров, астения у иностранцев, астения при смене часовых поясов, астения у спортсменов, ятрогенная астения. В отличие от этого появление астенических расстройств обусловлено более разнообразными и часто связанными с другой имеющейся патологией причинами.

Сам симптомокомплекс астенического состояния как «патологического истощения после нормальной активности, снижения энер-

гии при решении задач, требующих усилия и внимания или генерализованного снижения способности к действию», складывается из трех составляющих:

- проявления собственно астении;
- расстройства, обусловленные лежащим в основе астении патологическим состоянием;
- расстройства, обусловленные реакцией личности на болезнь.

Вторая составляющая астенического расстройства, а именно лежащие в ее основе патологические состояния, и является тем главным признаком, с учетом которого предлагается современная классификация астенических состояний.

В современной медицинской литературе можно встретить описание различных клинических форм астении: описывается астения функциональная (реактивная), а также органическая, психогенная, нейрогенная и соматогенная.

Функциональная астения (первичная) — это самостоятельная клиническая единица, не связанная с конкретными органическими заболеваниями. Среди функциональных астений выделяют реактивную астению — это астенический синдром, возникающий у исходно здоровых людей при воздействии различных факторов. Например, астения после перенесенных инфекционных заболеваний, соматических заболеваний (инфаркт миокарда, диабет и др.), тяжелых операций и родов. Развитию астении также подвержены люди со значительными физическими и психическими (интеллектуальными) нагрузками, лица, чьи профессии требуют повышенного внимания, связанные с эмоциональным напряжением, работой по сменам. Длительные путешествия (со сменой часовых поясов) тоже становятся причиной развития астении.

Функциональная астения, составляющая 55% в общей выборке астений, характеризуется, прежде всего, принципиальной обратимостью, так как возникает вследствие или как компонент ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К их числу относятся «острая астения», возникающая как реакция на острый стресс или значительные перегрузки на работе (психическая или физическая (астения перенапряжения), по данным авторитетных авторов); «хроническая астения», появляющаяся вслед за родами (послеродовая астения), инфекциями (постинфекционная астения) или в структуре синдрома отмены, кахексии и др. Отдельно, в связи с чрезвычайной значимостью проблемы, выделяется «психиатрическая астения», при которой в структуре функциональных пограничных психических расстройств (тревога, депрессия, инсомния и пр.) выявляется астенический симптомокомплекс [13].

Органическая астения (вторичная или симптоматическая) возникает как следствие различных заболеваний и является проявлением этих заболеваний. В связи с отсутствием четких диагностических критериев синдром остается (как в свое время «вегетососудистая дистония») диагностической «помойной ямой», в которой рассматриваются все астенические состояния, независимо от особенностей их клинической картины и этиопатогенеза. Доля органической астении во всех астенических состояниях оценивается в 45%, развивается она на фоне хронических, часто прогрессирующих органических (неврологических), психических и соматических заболеваний. Сюда относятся инфекционные, эндокринные, гематологические, неопластические, гепатологические, неврологические, психические (прежде всего шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами) и другие болезни.

В психиатрической литературе можно встретить классификацию астении, основанную на ее облигатном или факультативном характере в структуре болезненных состояний. К облигатной астении относятся такие состояния, в которых астенические расстройства выступают как основные и определяющие клиническую картину нарушения, например, астеническое расстройство личности, астеническое развитие личности и др. При факультативной астении ее симптомы включаются в структуру более сложных психопатологических образований — астено-депрессивные состояния, астено-тревожные состояния и др.

Рассматривая континуум облигатных астенических расстройств, следует обратить внимание на крайние точки этого спектра. На одном из них астения, обусловленная психическими и органически-соматическими заболеваниями и характеризующаяся малой обратимостью (органическая астения, астенический дефект, аутохтонная астения, астеническая конституция, астеническое развитие личности). По мере приближения к другому концу спектра нарастает полиморфизм и обратимость астенических состояний, которые выступают при соматических заболеваниях в рамках экзогенно-органических реакций (по типу экзогенных реакций Bonhoeffer) или при психических расстройствах — в рамках астенического невроза (неврастении) [14].

Мультифакторные механизмы формирования астенических состояний предопределяют множественность терапевтического воздействия, включающего весь спектр психотропных препаратов. Это, вероятно, объясняется отсутствием четких представлений о нейробиологических механизмах патогенеза астении (например, в отличие от депрессии, шизофрении). Более того «обыденный» и слишком распространенный характер жалоб таких пациентов часто заставляет их прибегать к самолечению.

По мнению В.И. Симаненкова (2008), астенические синдромы в клинике внутренних болезней можно разделить на три группы: психогенные, нейрогенные и соматогенные. При этом, как отмечает автор, «чистые» психогенные варианты астений в практике терапевта встречаются редко. «Даже при наличии хронических психотравмирующих ситуаций, эмоциогенной стрессированности, — пишет автор, — нельзя игнорировать тот факт, что астения у пациентов терапевтической клиники развивается на измененном соматическом фоне. Кроме того, у лиц пожилого возраста, как правило, имеются признаки хронической недостаточности мозгового кровообращения, привносящие нейрогенный вклад в формирование астенического синдрома». Таким образом, на практике приходится чаще всего сталкиваться с полиморфным астеническим синдромом, сформировавшимся под воздействием множественных факторов.

Соматогенная астения наблюдается при тяжелых и хронических соматических заболеваниях как их последствие; церебрастения — при последствиях черепно-мозговых травм, в особенности тяжелых и повторных. Церебрастения — сочетание астении с головными болями, головокружениями, ухудшением памяти, наблюдаемое при травмах, инфекциях, интоксикациях, в начальных стадиях органического заболевания головного мозга. Травматическая церебрастения — наиболее частое расстройство, как «сквозное» (наблюдается и в острый, и в отдаленный периоды), так и «стержневое» (в структуре различных посттравматических синдромов). Отмечают повышенную истощаемость, невыносливость к умственным и физическим нагрузкам, а также к резким, и в ряде случаев — не очень резким внешним раздражителям — зрительным, слуховым, колебаниям внешней температуры, барометрического давления. Снижается способность к сосредоточению внимания, память. Наблюдаются эмоциональная лабильность, слабодушие, иногда тревожность. Характерны головная боль, часто разлитая, почти постоянная и резко усиливающаяся под действием внешних, в том числе психогенных, и внутренних причин, вазовегетативные и нередко вестибулярные расстройства. Нарушается засыпание, сон поверхностный, отсутствует чувство насыщения сном. Легко возникающая раздражительность является признаком слабости психических процессов и отличается от эпилептической или психопатической эксплозивности быстрой истощаемостью с последующей критической оценкой.

Многие больные в связи с непереносимостью внешних физических факторов, повышенной ранимостью даже в незначительных житейских конфликтах стремятся избегать их, создают для себя своеобразный щадящий режим жизни. В легких случаях астенические проявления возникают периодически: в связи с неблагоприятными внешними влияниями, интеркуррентными заболеваниями. Более тяжелые травмы приводят к постоянной астении с преобладанием раздражительной слабости. Чем тяжелее церебрастения, тем более выражен адинамический компонент, вплоть до травматической апатии, сопровождающейся постоянной вялостью, психической и моторной заторможенностью, снижением побуждений.

В ряду астенических расстройств часто описывается неврастения. Как правило, при этой патологии в самом ее начале на первом плане стоят неприятности, связанные с семейной жизнью, на втором плане — с работой, а иногда характерна серия психотравмирующих обстоятельств. В начале болезни характерно обостренное и болезненное переживание травмирующих обстоятельств, вегетативная симптоматика в этот период выражена мало. К наиболее типичным симптомам относится гиперчувствительность, связанная с понижением порога чувствительности к внешним и внутренним стимулам, легкая возбудимость, быстро наступающая утомляемость. Характерна гиперестезия — повышенная чувствительность к свету, звукам, прикосновению или ощущениям внутри тела.

Далее в динамике неврастении характерно появление соматических расстройств: головных болей (каска неврастеника), миалгий и кардиалгий, головокружения, расстройств сна. Имеется масса вегетативных симптомов: тремор, потливость, гиперсаливация, метеоризм, запоры и диарея и т.п. Больные жалуются на трудности в концентрации внимания,

рассеянность, трудности припоминания. Настроение неустойчивое и легко меняется на протяжении короткого времени от угнетенности и пессимизма до ровного и даже радостного. Характерна раздражительность и взрывы аффекта, чаще гнева. Стойко снижается работоспособность. Деятельность непродуктивна, больные жалуются на бессилие, слабость, переживают беспомощность.

Среди астенических нарушений описывается и невроз истощения, который развивается вследствие длительной нагрузки и перенапряжения. Наиболее часто подобные расстройства встречаются у студентов, накопивших задолженности и пытающихся их сдать, или у бизнесменов, которые не могут оставить свой бизнес хотя бы на короткое время, годами не бывая в отпусках. Психическая травма, как таковая, при этом отсутствует. Заболевание развивается в результате длительной деятельности без отдыха (14–16 ч в сутки), причем пациенты не отдыхают, а из-за своей малой продуктивности растягивают часы работы. Для начальной стадии нарушений характерна незначительная выраженность симптомов. Больные жалуются на слабость, утомляемость, повышенную отвлекаемость, утрату интереса к работе. Имеется два основных варианта астенического синдрома — гипо- и гиперстения. Для первого характерна вспыльчивость, раздражительность, несдержанность, возбудимость, гневливость. Может первоначально возникнуть и гипостения с вялостью, утомляемостью и слабостью. Довольно часто эти расстройства сменяют друг друга — от гиперстении к гипостении. Соматические симптомы те же, что и при неврастении, но нередко выраженность их гораздо больше, и поэтому трудоспособность нарушена сильнее.

Приведенные выше классификации носят в большинстве случаев нозологический характер, и поэтому с момента введения МКБ-10 потеряли свое диагностическое значение. В настоящее время в современном рубрификаторе заболеваний имеется неврастения (F48), недомогание и утомляемость (R43), органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) сосудистого (F06.61) и травматического характера (F06.60).

Литература

1. Абабков В.А., Авакян Г.Н., Авдюнина И.А. и др. Неврология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
2. Аведисова А.С. Терапия астенических состояний. Фармацевтический вестник. 2003; 33(312):15–6.
3. Зотов Д.Д., Исаков В.А. Особенности гемодинамического обеспечения физической нагрузки у больных нейроциркуляторной дистонией. Педиатр. 2018; 9(1): 49–53. DOI: 10.17816/PED9149-53.
4. Иванов В.С., Левина Л.И., Иванов С.Н., Василенко В.С. Вегетативная и эндотелиальная дисфункции при нейроциркуляторной астении у юношей призывного возраста. Педиатр. 2019; 10(2): 27–31. DOI: 10.17816/PED10227-31.
5. Куликовский В.В. Клинико-патогенетические аспекты астенического синдрома психогенного и соматогенного генеза. Дисс. . докт. мед. наук. М.; 1994.
6. Панов А.Г., Лобзин В.С., Беляев Г.С., Копылов И.А. Аутогенная тренировка. Л.: Медицина; 1975.
7. Путилина М.В. Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии. Нервные болезни. 2013; 4: 26–33.
8. Чернусь Н.П., Шатихин А.И. Синдром функциональной астении в общетерапевтической практике. Трудности диагностики и терапии. Трудный пациент. 2009; 7(6): 50–2.
9. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Нарушения когнитивного контроля у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019; 119(4): 32–7. DOI: 10.17116/jnevro201911904132.
10. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Клинические особенности астении в рамках расстройств адаптации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121(7): 55–63. DOI: 10.17116/jnevro202112107155.
11. Шабров А.В., Соловьева С.Л. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению. СПб.; 2010.
12. Abbot N.C. Chronic fatigue syndrome. Lancet. 2006; 67(9522): 1574.
13. Garnefski N., Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cogn Emot. 2018; 32(7): 1401–8. DOI: 10.1080/02699931.2016.1232698.
14. Rossi R., Socci V., Pacitti F. et al. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. MedRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.04.16.20067801.

References

1. Ababkov V.A., Avakyan G.N., Avdyunina I.A. i dr. Nevrologiya. [Neurology]. Nacional'noe rukovodstvo. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2018. (in Russian)
2. Avedisova A.S. Terapiya astenicheskih sostoyanij. [Therapy of asthenic conditions] Farmacevticheskij vestnik. 2003; 33(312):15–6. (in Russian)

3. Zotov D.D., Isakov V.A. Osobennosti gemodinamicheskogo obespecheniya fizicheskoj nagruzki u bol'nyh nejrocirkulyatornoj distoniej [Features of hemodynamic provision of physical activity in patients with neurocirculatory dystonia]. Pediatr. 2018; 9(1): 49–53. DOI: 10.17816/PED9149-53 (in Russian)
4. Ivanov V.S., Levina L.I., Ivanov S.N., Vasilenko V.S. Vegetativnaya i endotelial'naya disfunkcii pri nejrocirkulyatornoj astenii u yunoshej prizyvnogo vozrasta [Vegetative and endothelial dysfunction in neurocirculatory asthenia in young men of military age]. Pediatr. 2019; 10(2): 27–31. DOI: 10.17816/PED10227-31 (in Russian)
5. Kulikovskij V.V. Kliniko-patogeneticheskie aspekty astenicheskogo sindroma psihogennogo i somatogennogo geneza. [Clinical and pathogenetic aspects of asthenic syndrome of psychogenic and somatogenic genesis] Diss. … dokt. med. nauk. Moskva; 1994. (in Russian)
6. Panov A.G., Lobzin V.S., Belyaev G.S., Kopylov I.A. Autogennaya trenirovka. [Autogenic training]. Leningrad: Medicina Publ. 1975. (in Russian)
7. Putilina M.V. Astenicheskie rasstrojstva v obshemedicinskoj praktike. Algoritmy diagnostiki i terapii. [Asthenic disorders in general medical practice. Algorithms of diagnostics and therapy]. Nervnye bolezni. 2013; 4: 26–33. (in Russian)
8. Chernus' N.P., Shatihin A.I. Sindrom funkcional'noj astenii v obshcheterapevticheskoj praktike. Trudnosti diagnostiki i terapii. [Functional asthenia syndrome in general therapeutic practice. Difficulties of diagnosis and therapy] Trudnyj pacient. 2009; 7(6): 50–2. (in Russian)
9. Chutko L.S., Surushkina S.Y., Yakovenko E.A. i dr. Narusheniya kognitivnogo kontrolya u pacientov s somatoformnymi rasstrojstvami i ih lechenie. [Cognitive control disorders in patients with somatoform disorders and their treatment]. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2019; 119(4): 32–7. DOI: 10.17116/jnevro201911904132. (in Russian)
10. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A. i dr. Klinicheskie osobennosti astenii v ramkah rasstrojstv adaptacii. [Clinical features of asthenia in the framework of adaptation disorders]. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2021; 121(7): 55–63. DOI: 10.17116/jnevro202112107155. (in Russian)
11. Shabrov A.V., Solov'eva S.L. Astenicheskie rasstrojstva v terapevticheskoj praktike. [Asthenic disorders in therapeutic practice]. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu. Sankt-Peterburg; 2010. (in Russian)
12. Abbot N.C. Chronic fatigue syndrome. Lancet. 2006; 67(9522): 1574.
13. Garnefski N., Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cogn Emot. 2018; 32(7): 1401–8. DOI: 10.1080/02699931.2016.1232698.
14. Rossi R., Socci V., Pacitti F. et al. Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy. MedRxiv. 2020. DOI: 10.1101/2020.04.16.20067801.