DOI: 10.56871/8470.2022.34.17.006
УДК 616.89-02-021+616.8-009.17+616.8-009.836+159.9+616.839

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНИИ

© Александр Владимирович Шабров[1], Юрий Павлович Успенский[2, 3], Юлия Александровна Фоминых[2, 3], Кямаля Низамитдиновна Наджафова[2]

[1] Институт экспериментальной медицины. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

[3] 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

Поступила: 20.01.2022 ***Одобрена: 22.04.2022*** ***Принята к печати: 11.05.2022***

РЕЗЮМЕ. Астения — одна 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. В данной лекции, являющейся продолжением цикла клинических лекций, посвященных проблеме астении, рассматриваются общие клинические проявления, особенности течения различных клинических форм, а также структура астенического синдрома.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: астения; астенический синдром; гиперстеническая форма астении; гипостеническая форма астении; синдром раздражительной слабости.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF ASTHENIA

© Alexander V. Shabrov[1], Yury P. Uspenskiy[2,3], Yulia A. Fominykh[2, 3], Kyamalya N. Nadzhafova[2]

[1] Institute of Experimental Medicine. 197376, Saint-Petersburg, Academician Pavlova str., 12

[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

[3] 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 the Department of Faculty Therapy named after Professor V.A. Waldman. E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Received: 20.01.2022 ***Revised: 22.04.2022*** ***Accepted: 11.05.2022***

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, which is a continuation of a

series of clinical lectures on the problem of asthenia, discusses the general clinical manifestations of asthenic syndrome, as well as the features of the course of its various clinical forms and the structure of asthenic syndrome.

KEY WORDS: asthenia; asthenic syndrome; hypersthenic form of asthenia; hyposthenic form of asthenia; irritable weakness syndrome.

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Во втором номере журнала «Университетский терапевтический вестник» за 2022 год опубликована первая часть из цикла клинических лекций, посвященных проблеме астении. В текущем выпуске журнала вниманию читателей представлены вторая и третья части клинических лекций, в которых продолжается обсуждение заявленной темы цикла.

Астения — 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 [6].

Астенический синдром включает целый комплекс признаков: уменьшение физической активности (снижение выносливости и работоспособности, быстро наступающая усталость, постоянное ощущение «разбитости»); ухудшение интеллектуальных функций (снижение концентрации внимания, трудности в усвоении новой информации, нарушение памяти, замедление скорости принятия решения); психологические расстройства (раздражительность, внутренняя напряженность, неустойчивость настроения, снижение мотивации к работе и творчеству, боязнь предстоящих трудностей, потеря интереса к жизни).

При определенных различиях в определениях имеются общие клинические признаки, которые дают основания для введения в качестве общих понятий «астения», «астенический синдром», «астеническое состояние». Эти симптомы относятся в первую очередь к психическому состоянию больного, однако неизменно касаются и соматической, в том числе неврологической (по преимуществу, вегетативной) сферы. Наиболее типичными, постоянными являются четыре симптома:

1) раздражительность;
2) слабость;
3) расстройства сна;
4) вегетативные нарушения.

Общая слабость, переутомление — первая и самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам разных специальностей, в то же время она может служить основным симптомом астенических расстройств. Утром им тяжело вставать, весь день чувствуется разбитость, невозможно сосредоточиться на работе, после обеда одолевает сонливость, а ночью нелегко заснуть. Отмечается раздражительность, иногда по самому незначительному поводу, и легкая возбудимость. При этом ничего не болит. Мужчины могут отмечать снижение полового влечения, ухудшение эрекции. Кроме того, у пациентов наблюдаются снижение аппетита, памяти, внимания, общей работоспособности, активности, физической выносливости [4, 11].

Астенические расстройства часто нарушают привычную жизнедеятельность пациентов, а иногда выступают в качестве фона, на котором формируются другие более тяжелые психические и соматические нарушения. Симптомы астении, даже не очень угрожающие на первый взгляд, ухудшают качество жизни пациентов.

Для астенического синдрома характерны аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительная слабость, сочетающая в себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие, а также гиперестезия (повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению или непереносимость всего вышеперечисленного). Часто наблюдаются головные боли, разнообразные вегетативные нарушения, также типично изменение самочувствия в зависимости от падения барометрического давления, жары или иных климатических факторов с усилением утомляемости, раздражительной слабости, гиперестезии.

Астении свойственно чрезмерное расходование сил в результате повышенной реактивности и замедленное их восстановление. При астеническом состоянии происходит преобладание раздражительного процесса вследствие ослабления тормозного на первом этапе, нарастающее ослабление процесса возбуждения на последующем, и, наконец, развитие запре-

дельного торможения в крайне тяжелых случаях этого расстройства.

Наиболее характерные клинические проявления астении можно разделить на четыре группы:

1) физические — мышечная слабость, снижение выносливости;
2) интеллектуальные — расстройства внимания, способности к концентрации, нарушения памяти и бдительности;
3) психологические — отсутствие уверенности в себе, снижение мотиваций;
4) сексуальные — отсутствие либидо, снижение эрекции.

Таким образом, характерными для синдрома астении являются постоянные жалобы на повышенную утомляемость, слабость, истощение после минимальных усилий в сочетании не менее чем с двумя из нижеперечисленных жалоб: мышечные боли, головокружение, головная боль напряжения, нарушения сна, неспособность расслабиться, раздражительность, диспепсия.

В зависимости от этиологии заболевания, обусловившего астению, особенностей нервной системы больного и ряда других моментов они могут быть выражены незначительно или, напротив, выступать на первый план. Подчас эти нарушения определяют картину болезни или остаются, «застревая» после успешного лечения и исчезновения других симптомов астении, как например, затянувшиеся вегетативные нарушения в некоторых случаях астении [7, 13].

Помимо астении в чистом виде, довольно часто наблюдаются ее сочетания с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями и другими психопатологическими феноменами. Астенические проявления в клинической картине внутренних болезней могут наблюдаться в структуре неврозов, психозов, психопатий.

В целом различными авторами, как правило, рассматриваются следующие основные психопатологические феномены астении:

- раздражительная слабость;
- повышенная чувствительность;
- впечатлительность;
- утрата психического равновесия — возбудимость, раздражительность, нетерпеливость;
- утомляемость, истощаемость и ее следствие — слабость;
- отвлекаемость внимания, рассеянность;
- затруднение концентрации внимания при запоминании и припоминании, что субъективно осознается как плохая память;
- чрезмерное расходование сил и замедленное их восстановление;
- повышение мышечного тонуса, дрожание пальцев, неточные движения;
- эмоциональная слабость, малейший повод вызывает слезы;
- эмоциональная лабильность (быстрая изменчивость чувств);
- нарушения сна;
- вегетативные нарушения — повышенная потливость, понос, изменчивый пульс и артериальное давление, дрожание пальцев и век.

ГИПЕРСТЕНИЧЕСКАЯ И ГИПОСТЕНИЧЕСКАЯ ФОРМЫ АСТЕНИИ

Клиническая картина астении отличается большим разнообразием. Проявления астении зависят от того, какое из основных расстройств, входящих в ее структуру, является преобладающим. Если в картине астении преобладает вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, т.е. симптомы раздражения, то говорят об астении с гиперстенией — гиперстеническая форма астении. Это наиболее легкая, начальная форма астении. Если клиническая картина в равной мере определяется симптомами раздражения и утомляемости, говорят об астении с синдромом раздражительной слабости. В тех случаях, когда в клинической картине доминирует утомляемость и чувство бессилия, астению определяют как гипостеническую — гипостеническая форма астении, т.е. наиболее тяжелую по всем клиническим проявлениям астению.

Нарастание глубины астенических расстройств приводит к последовательной смене более легкой гиперстенической астении стадиями более тяжелыми. При улучшении психического состояния гипостеническая астения сменяется более легкими формами астении.

Гиперстеническая форма астении

Клиническая картина гиперстении характеризуется преобладанием ирритативных симптомов. Отмечается, что на первый план выступают явления раздражительности, повышенной возбудимости, гневливости, несдержанности, нетерпеливости. Больные жалуются на постоянное ощущение внутренней

напряженности, беспокойства, неспособности сдерживать себя, ждать. Они обычно деятельны, даже более чем это было им присуще до начала заболевания, однако деятельность эта носит мало упорядоченный, плохо организованный характер, нарушается повышенной отвлекаемостью, трудностью сосредоточения (особенно для длительного, напряженного мышления, анализа материала), письменная их продукция изобилует ошибками и описками. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе работы, легко выбивают больного из рабочей колеи, заставляют его отступать от намеченного плана, а иногда и темы работы, бросать или уничтожать начатое, сомневаться в целесообразности работы или возможности ее выполнения.

Чувство усталости, особенно заметное при неудачах, сменяется подъемом работоспособности при увлечении работой или удачных результатах деятельности. Сама усталость носит своеобразный характер: про нее говорят «усталость, которая не ищет покоя». Вернувшись утомленным домой, раздраженный своими ошибками и неудачами, декларируя перед собой и окружающими потребность в отдыхе, больной немедля принимается за массу мелких и крупных дел, которые можно и следовало бы отложить, а некоторые и вообще не делать, и занимается таковыми иногда до глубокой ночи. Такие больные жалуются на то, что голова у них никогда не отдыхает, заботы, воспоминания, мысли, планы назойливо возникают в голове, мешая заснуть, прочесть что-либо и т.п. Часты явления «летучести мышления», «мысленного диалога», разговора, иногда вслух, с самим собой.

Противоречие между жалобами на усталость и неугомонной деятельностью бросается в глаза не только окружающим, но и самому больному. Однако он объясняет это нерадивостью подчиненных и безразличием близких, которые якобы «взваливают» на него всю тяжесть забот и дел. При наличии гиперстенического синдрома больной с трудом и не всегда сдерживает себя на работе; сам замечая, что он стал несдержан, он часто сожалеет о своих вспышках раздражения. Дома также все его раздражает, вызывает обиду, горечь и недовольство. Впрочем, состояние это вскоре проходит, сменяясь чувством раскаяния и сознания несправедливости своего поведения. А затем вновь по малейшему поводу — недовольство, придирки, требования к окружающим, беспокойно-беспорядочная работа и конфликты. В пределах коротких отрезков времени деятельность его может быть и продуктивной, но длительная, сложная (особенно непривычная) работа уже не под силу больному. К тому же, работоспособность колеблется и в течение дня.

Сон при гиперстении характеризуется кошмарными сновидениями. Засыпание затруднено вследствие явлений образного ментизма с непроизвольным наплывом ярких, образных воспоминаний о пережитом. Время сна нередко произвольно сокращается в стремлении «сделать все необходимое». Сон мало освежает, утро же приносит скорее чувство тревоги, беспокойства, что не все сделано и что вновь не хватит времени (а ведь раньше его на все хватало), раздражительного недовольства, нежели чувства бодрости, силы и успокоенности.

Вегетативные нарушения проявляются в повышенной потливости, тахикардии и легкой возбудимости сердечно-сосудистой деятельности как при волнениях, так и при нагрузке; наблюдаются колебания артериального давления с преобладающей тенденцией к гипертензии, неприятные ощущения в области сердца, спазматические явления в кишечнике, тошнота и иногда рвота при волнении. Нередко отмечаются явления гипертиреоза, зуд, крапивница и т.п. Больные жалуются на плохой аппетит, худеют. При неврологическом осмотре, как и при других астенических синдромах, обычно заметно общее повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев вытянутых рук, сомкнутых век, языка, иногда неустойчивость в позе Ромберга, мышечный валик, иногда акроцианоз и потливость.

При экспериментально-психологическом обследовании гиперстеническая форма астении проявляет себя исходно высоким темпом работы с постепенным его замедлением, с увеличением количества ошибок, а также со значительными колебаниями работоспособности.

Синдром раздражительной слабости

При раздражительной слабости на первый план выступает сочетание повышенной раздражительности, возбудимости с утомляемостью, слабостью, истощаемостью. Это те больные, у которых за короткой вспышкой гнева следуют слезы и слабость, за бурным началом деятельности — быстрое падение работоспособности, за быстро вспыхнувшим интересом — вялость и апатия, а за нетерпеливым стремлением что-либо сказать или сделать — последующее чувство усталости, бессилия и разочарования. Больные этой фор-

мой астении хотят работать и с большим интересом начинают работу, но быстро устав — допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются начать все сначала, бросают, с огорчением отмечая снижение своей работоспособности. Все раздражает этих больных. Конфликты на работе и дома, неустойчивое настроение, утомляемость, истощаемость, расстройства внимания и подобные проявления характерны для этих состояний. Наблюдаются сонливость днем и очень плохой сон ночью, тяжесть в голове, периодические головные боли, неприятные ощущения в разных частях тела, потливость, колебания частоты пульса и артериального давления и т.п. [3, 12]. Неврологические изменения сходны с описанными выше при гиперстении.

Гипостенический синдром (синдром истощения)

При гипостенической форме астении на первый план выступают явления общей слабости, истощаемости, быстро наступающего утомления. Продолжение привычной деятельности требует у таких больных большого напряжения. Уже к середине рабочего дня они чувствуют себя неспособными к деятельности, работа у них не ладится, простейшие ее элементы требуют гораздо большего времени, чем раньше, а новые задания кажутся непреодолимо трудными. Часты ошибки, описки, пропуски букв и слов. Воспроизведение ранее усвоенных терминов, понятий, формул требует большого напряжения. Во второй половине дня кривая работоспособности продолжает падать, а после рабочего дня больной чувствует полную неспособность и отсутствие интереса к какой-либо работе, чтению и даже развлечению.

Нередко уже с утра такой больной не в состоянии приступить к работе. Характерна постоянная сонливость, при этом сон не приносит освежения и подъема работоспособности. Настроение понижено, носит оттенок апатии, вялости, некоторой подавленности. Активный интерес к окружающему снижен, больной вял, быстро устает при физическом напряжении. Ночной и воскресный отдых не только не дает желаемого результата, а еще более отчетливо выявляет общую усталость и плохое самочувствие больного. Иногда на фоне состояния нервного и физического бессилия возникает кратковременное раздражение по поводу своей непродуктивности и столкновения с окружающими, после чего наступают еще большая усталость и адинамия, сопровождаемые слезами обиды. Характерны наплывы образных представлений и воспоминаний, обычно аффективно окрашенных.

Что касается соматической стороны, тут на первое месте выступает ряд расстройств в виде различных недомоганий, болей в области сердца, потливости, расстройств желудочно-кишечного тракта и тому подобных явлений, тревожащих больного, фиксирующих его внимание, вызывающих мысли о наличии у него серьезных необратимых заболеваний внутренних органов. Нередко отмечается гипотония, брадикардия, похудание, понижение аппетита и т.д. [8].

При проведении экспериментально-психологического обследования с применением таблиц Шульте или корректурной пробы с самого начала выполнения заданий отмечается низкая продуктивность деятельности с замедленным темпом работы, с большим количеством ошибок, а также с неуклонным дальнейшим снижением работоспособности.

Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, что становится особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Быстро наступает усталость, а силы при отдыхе восстанавливаются медленно и неполно. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивость внимания, им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Усилием воли они пытаются заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове непроизвольно появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются, отмечается непроизвольный наплыв мыслей — ментизм.

Кроме того, при астении уменьшается число представлений, затрудняется их словесное выражение, не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость, а сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Больные досадуют на свою несостоятельность, делают перерывы в работе, но кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие затруднения, пытаются разбирать вопрос не в целом, а по частям, но результатом оказывается или еще большая утомляемость, или разбросанность в занятиях. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляется чувство напряженности, беспокойства, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности [10].

МЕСТО РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ В СТРУКТУРЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В зависимости от формы и стадии болезни раздражительность может проявляться в гневливости, взрывчатости, повышенной возбудимости, ворчливой обидчивости, придирчивости или недовольной брюзгливости. К примеру, при астении атеросклеротической этиологии наблюдаются суетливая тревожность, раздражительное недовольство собой и окружающими, непоседливость. В то же время для раздражительности при неврастении характерны внутренняя тревога, беспокойная деятельность, неумение отдыхать.

При некоторых формах астении раздражительность проявляется в ранимости, сенситивности со слезами и недовольстве по явно неадекватным поводам. Явления раздражительности могут быть очень кратковременными, быстро сменяясь слезами, улыбкой или извинениями, как например, проявление обиды и недовольства выздоравливающего соматического больного. Они могут длиться часами, повторяясь вновь и вновь, или носить почти постоянный характер, как при артериальной гипертензии и атеросклерозе.

В зависимости от этиологии, стадии, формы астении явления раздражительности могут быть резко выражены, определяя всю клиническую картину (гиперстеническая стадия неврастении, травматическая церебрастения), тесно сочетаться с другими симптомами астении или отступать на задний план, проявляясь нерезко и изредка (раздражительность у выздоравливающих после длительных инфекций и интоксикаций). Однако в той или иной степени и форме симптом раздражительности присущ каждому астеническому состоянию [1].

Раздражительность сочетается с эмоциональной лабильностью, склонностью к быстрой смене эмоций (эмоциональная неустойчивость), снижением волевого контроля над эмоциональными реакциями больного и поведением в целом.

Синдром раздражительной слабости в сочетании с расстройствами сна и соматовегетативными нарушениями неизменно ведет к отмеченному еще В.Х. Кандинским (1890) снижению (а при некоторых формах и временной утрате) умственной и физической трудоспособности или, во всяком случае, невыносливости к привычному режиму труда. При некоторых астенических состояниях могут наблюдаться частичные, а иногда, при большой заинтересованности в труде, самостоятельные и достаточно полные компенсации с восстановлением работоспособности; однако в дальнейшем, если лечение астении не закончено, под влиянием различных причин может вновь наступить падение трудоспособности.

В числе психопатологических симптомов в рамках астенических состояний, помимо рассмотренных, описаны также депрессивные и тревожно-мнительные проявления и страхи, абулия, апатия; у некоторых больных встречаются преходящие состояния исчезновения мысли. Как указывал еще С.С. Корсаков (1893), при астении могут возникать и навязчивые состояния. Чаще они касаются страхов болезни, но могут возникать и эпизоды навязчивых счетов и сомнений, которые заставляют дифференцировать заболевание с психастенией, неврозом навязчивых состояний и т.д. Описаны при астении и неврастении колебания настроения, явления циркулярности.

Некоторые авторы отмечают и снижение памяти. Явления эти закономерны при органическом психосиндроме (травматическое, интоксикационное поражение головного мозга, энцефалиты, менингиты). При неврастении, соматогенных астениях следует большей частью говорить о расстройствах внимания. У этих больных после ликвидации астенических явлений память восстанавливается.

Осознание, критика болезни при большинстве астений, и тем более при неврастении, всегда сохранены. Более того, часто отмечается тревожное отношение к своему здоровью, неуверенность в выздоровлении, колебания настроения, страх перед потерей трудоспособности, а у ряда больных, чаще при соматогенных астениях, — ипохондричность. Вместе с тем большинство астенических больных (в отличие от истерических) не только критически относятся к болезни, но и пытаются бороться, преодолевать болезненные ощущения и проявления, иногда подолгу не обращаются к врачу, пробуют продолжать профессиональную деятельность, борются с допускаемыми ими ошибками в работе и т.п.

ИСТОЩАЕМОСТЬ КАК ОБЛИГАТНЫЙ ПРИЗНАК АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Симптом слабости сам по себе неоднороден и выступает в различных клинических сочетаниях с другими болезненными расстройствами при разных формах астении. У одних больных это почти постоянное, более или менее быстро появляющееся чувство физической и умствен-

ной усталости, ограничивающее работоспособность, нередко возникающее еще до начала работы. У других — неспособность к длительному напряжению, быстрая истощаемость, ведущая к падению качества и количества производимой работы уже через несколько часов после ее начала [5].

Слабость может проявляться чувством бессилия, адинамии, неспособности к запоминанию, творчеству, что сопровождается слезами и отчаянием, в частности, у реконвалесцентов после соматических заболеваний, или выражаться чувством вялости, слабости, затруднении мышления, обрывках ассоциаций, отсутствии мыслей, ощущении пустоты в голове, падении активности и интереса к окружающему (астения при шизофрении).

Симптом слабости проявляется в сонливости в сочетании с постоянной физической и психической усталостью (астения после перенесенного энцефалита). Слабость носит характер беспричинной усталости, вялости с падением психической продуктивности, брадипсихией и сонливостью, доходящей до степени оглушения (астения при грубых органических заболеваниях мозга). Слабость проявляется в виде повышенной физической и психической истощаемости с резкой потливостью, «игрой сосудов» и общим тремором, особенно часто наступающими после возбуждения или конфликта.

Как бы ни различались проявления и степени слабости, повышенная истощаемость, утомляемость, субъективное чувство усталости и снижение продуктивности в работе налицо при любой астении. При экспериментально-психологическом обследовании истощаемость проявляется при выполнении различных методик (корректурная проба, таблицы Крепелина, таблицы Шульте, кольца Ландольта и др.) в виде неуклонного увеличения количества ошибок по мере решения задач и в виде увеличения продолжительности времени, необходимого для выполнения заданий. На основании результатов выполнения психологических методик строится кривая работоспособности, позволяющая оценить не только наличие, но и форму астении.

НАРУШЕНИЯ СНА В СТРУКТУРЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Расстройства сна являются характерным признаком астенических нарушений. Этот симптом патогномоничен, но клинически неоднороден при различных формах и стадиях астении разного происхождения. Неодинаковы и сочетания нарушений сна с другими патологическими проявлениями астении. Так, например, для астении в начальной стадии гипертонической болезни характерно главным образом затруднение засыпания. При этом, чем сильнее усталость, тем обычно труднее засыпание. Как отмечает Г.В. Морозов (1988), расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением. После сна астенизированные пациенты не чувствуют себя отдохнувшими. Может наблюдаться отсутствие состояния сна в ночное время, хотя на самом деле больные спят. С углублением астении, а особенно при физических или психических нагрузках, возникает чувство сонливости в дневное время. Как правило, симптомы астении менее выражены или отсутствуют в утренние часы, и усиливаются или появляются во вторую половину дня, особенно к вечеру.

Расстройства сна по мере развития астенических нарушений могут проявляться необыкновенно упорной и длительной бессонницей или сном без состояния сна, когда больной решительно и субъективно правдиво отрицает сообщения персонала, что он спал ночью. Сон больного неврастенией характеризуется чуткостью, тревожностью, «прозрачностью», иногда также «отсутствием состояния сна» и всегда отсутствием освежения после сна. Подобные нарушения сочетаются с характерными колебаниями настроения, самочувствия и работоспособности, со «стягивающими» головными болями и другими психическими и соматическими нарушениями, типичными для этой болезни. Бессонница при неврастении нередко связана с временным подъемом работоспособности ночью.

Расстройства сна могут характеризоваться извращением «формулы» сна (сонливость днем, бессонница ночью), приступами спячки от нескольких минут до более длительных сроков. Подобные расстройства сна сочетаются с типичными психическими, неврологическими и соматическими симптомами болезни (к примеру, энцефалит), порождающей такую астению [14].

Сон больного астенией при атеросклерозе сосудов мозга характеризуется ранним просыпанием с чувством безотчетной тревоги, внутреннего беспокойства, ожиданием грядущего несчастья. Подобные нарушения сна сочетаются с падением работоспособности и другими

соматическими и психическими изменениями, присущими данному заболеванию.

Кроме того, если начальная стадия астении выражается нарушением засыпания, тревожным сном с частыми просыпаниями, ранним пробуждением и отсутствием освежающего эффекта, отдыха после сна, то для последующего течения многих форм астении более характерна вялая сонливость, постоянное влечение ко сну и дремота. При последующем течении астении может наступить период все более истощающей больного бессонницы.

Однако как бы ни была различна клиническая картина расстройств сна и сочетаний этих нарушений с другими симптомами астении при различных формах и стадиях астенических состояний разной этиологии, нарушения сна наблюдаются при любом астеническом состоянии. Расстройства сна не только наиболее частый, но и наиболее стойкий симптом астении. Налаживание сна — большей частью признак выхода из астенического состояния, признак выздоровления.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АСТЕНИИ

Вегетативные расстройства также являются обязательным симптомом каждого астенического состояния. В зависимости от этиологии заболевания, обусловившего астению, особенностей нервной системы больного и ряда других моментов, они могут быть выражены незначительно или выступать на первый план. Подчас эти нарушения определяют (особенно в субъективных жалобах и ощущениях больного) картину болезни или остаются после успешного лечения и исчезновения других симптомов астении.

Г.В. Морозов (1988) указывал, что наиболее частыми нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы являются: колебания артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца, легкость побледнения или покраснения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или повышенная зябкость, усиленная потливость — то локальная (ладони, стопы, подмышечные впадины), то относительно генерализованная. Нередко, по мнению автора, отмечаются и диспепсические расстройства: снижение аппетита, боли в животе, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции.

Почти постоянной жалобой при астении являются головные боли. Они неоднородны при различных астенических состояниях. Головные боли при неврастении чаще возникают при волнениях, усталости к концу рабочего дня, они носят стягивающий характер (больные указывают, что на голову точно обруч надет — «каска неврастеника»). При астении гипертонического происхождения головные боли возникают чаще ночью и по утрам. Больной встает по утрам с тяжелой головной болью, нередко просыпается из-за нее по ночам; боли носят «распирающий» характер. При травматической церебрастении головные боли зачастую постоянны, становятся сильнее при жаре, колебаниях барометрического давления, аффективных вспышках. Головные боли при сосудистом сифилисе чаще носят «стреляющий» характер. При астении шизофренического генеза можно услышать жалобу не только на головные боли, но и на то, что «в голове что-то ползает», «мозги сохнут, раздуваются» и т.п. [9].

Сосудистая неустойчивость проявляется также в колебаниях артериального давления. Повышение артериального давления чаще наступает после волнений, носит кратковременный и нерезко выраженный характер. Лабильность сосудов обусловливает также легкое побледнение или покраснение, особенно при волнениях. Пульс лабилен, обычно учащен. Больные жалуются на неприятные ощущения в области сердца, боли колющего характера и сердцебиение, часто без учащения пульса. У некоторых больных (например, при травматической астении) возникают сосудистые асимметрии: разные цифры артериального давления на правой и левой плечевой артерии и т.п. По данным Т.С. Истамановой (1958), часто встречаются экстрасистолы и изменения электрокардиограммы, различные в зависимости от состояния высшей нервной деятельности.

Характерны изменения сосудистых рефлексов, выявляемые при пробе Ашнера, клиноортостатической пробе и др. У одних больных наблюдается извращение этих проб, например, отсутствие реакции или учащение пульса при надавливании на глазное яблоко, в то время как у других — резкое увеличение объема реакции (пульс при вставании учащается на 25–30 ударов в минуту и более), а у третьих заметно возникновение асимметрий — замедление пульса при давлении на правое и левое глазное яблоко отличается на 8–10 ударов в минуту и более). В связи с этим сосудисто-вегетативные пробы приобретают особое значение при исследовании больного астенией [2].

Повышенная внушаемость и самовнушаемость, возникающая при астенизации, делает вероятным появление в клинической картине истерических эпизодов в форме самых разнообразных соматических и неврологических симптомов.

Нередки при астении обменные нарушения и эндокринные расстройства, особенно функции щитовидной железы и половых желез. Эндокринные изменения возникают закономерно как одна из форм неспецифической реакции организма на истощающий агент по типу адаптационного синдрома Г. Селье.

Наряду с повышенной утомляемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности, при астении всегда утрачивается психическая уравновешенность. Легко теряемое самообладание сопровождается раздражительностью, вспыльчивостью, придирчивостью, эмоциональной слабостью. Настроение часто меняется, достаточно незначительной причины, чтобы появилась подавленность, тревожные опасения, пессимистические оценки, которые так же легко, хотя и ненадолго, могут смениться необоснованным оптимизмом. И неприятные, и радостные события нередко влекут за собой появление слез. Постоянно присутствует та или иная степень гиперестезии, прежде всего к громким звукам и яркому свету.

Разнообразие и богатство неврологических и соматических расстройств, естественно, не относятся в равной мере к каждому больному с астеническим состоянием. У одного встречаются главным образом сердечно-сосудистые, у другого аллергические, у третьего — желудочно-кишечные нарушения. Предполагают, что преобладание тонуса вагуса способствует при невротических срывах развитию соматических заболеваний типа язвенной болезни. Преморбидное преобладание симпатических влияний предрасполагает при нервном срыве к соматическим расстройствам спазматического ряда, и гипертонического характера, в частности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьёва А.А. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия. РМЖ. 2009; 20: 1330–4.
2. Гусев В.В., Львова О.А. Современные подходы к терапии астенического синдрома. Consilium Medicum. 2013; 1: 60–4.
3. Земцовский Э.В., Тихоненко В.М., Реева С.В., Демидова М.М. Функциональная диагностика состояния вегетативной нервной системы. СПб.: Институт кардиологической техники; 2004.
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. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Старческая астения. Клинические рекомендации. Российский журнал гериатрической медицины. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
6. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. Понятие астении в клинике внутренних болезней. University therapeutic journal. 2022; 4(1): 52–63.
7. Хорошинина Л.П. Развитие гериатрии в современной России — шаг вперед, два шага назад. Медицина и организация здравоохранения. 2019; 4(4): 35–44.
8. Шабров А.В., Соловьева С.Л. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению. СПб.; 2010.
9. Шакирова И.Н., Дюкова Г.М. Астения — междисциплинарная проблема. Трудный пациент. 2012; 10(5): 14–6.
10. Шутеева Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции. РМЖ. 2018; 26(4-2): 80–4.
11. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А. Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005; 105(4): 3–17.
12. Aslangul E., Le Jeunne C. Diagnosing asthenia and chronic fatigue syndrome. Rev Prat. 2005; 55(9): 1029–33.
13. Dukes J.C., Chakan M., Mills A., Marcaurd M. Approach to Fatigue: Best Practice. Med Clin North Am. 2021; 105(1): 137–48. DOI: 10.1016/j.mcna.2020.09.007.3.
14. Young P., Finn B.C., Bruetman J. et al. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach. Medicina. 2010; 70(3): 284–92.

REFERENCES

1. Vorob'yova A.A. Astenicheskie sostoyaniya: effektivnaya i bezopasnayaterapiya. [Asthenic conditions: effective and safe therapy]. RMZH. 2009; 20: 1330–4. (in Russian)
2. Gusev V.V., L'vova O.A. Sovremennye podhody k terapii astenicheskogo sindroma. [Modern approaches to thetreatment of asthenic syndrome] Consilium Medicum. 2013; 1: 60–4. (in Russian)
3. Zemcovskij E.V., Tihonenko V.M., Reeva S.V., Demidova M.M. Funkcional'naya diagnostika sostoyaniya vegetativnoj nervnoj sistemy [Functional diagnostics of the state of the autonomic nervous system].

Sankt-Peterburg: Institut kardiologicheskoj tekhniki; 2004. (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. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K. i dr. Starcheskaya asteniya. [Senile asthenia]. Klinicheskiye rekomendatsii. Rossiyskiy zhurnal geriatricheskoy meditsiny. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46. (in Russian)
6. Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N. Ponyatie astenii v klinike vnutrennih boleznej. [The concept of asthenia in the clinic of internal diseases] University therapeutic journal. 2022; 4(1): 52–63. (in Russian)
7. Horoshinina L.P. Razvitie geriatrii v sovremennoj Rossii — shag vpered, dva shaga nazad [The development of geriatrics in modern Russia is a step forward, two steps back]. Medicina i organizaciya zdravoohraneniya. 2019; 4(4): 35–44. (in Russian)
8. 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)
9. Shakirova I.N., Dyukova G.M. Asteniya — mezhdisciplinarnaya problema. [Asthenia — an interdisciplinary problem]. Trudnyj pacient. 2012; 10 (5): 14–6. (in Russian)
10. Shuteeva T.V. Funkcional'naya asteniya u pacientov molodogo vozrasta: sovremennye sposoby korrekcii. [Functional asthenia in young patients: modern methods of correction]. RMZH. 2018; 26(4-2): 80–4. (in Russian)
11. Yahno N.N., Zaharov V.V., Lokshina A.B. Sindrom umerennyh kognitivnyh narushenij pri discirkulyatornoj encefalopatii. [Syndrome of moderate cognitive impairment in dyscirculatory encephalopathy]. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2005; 105(4): 3–17. (in Russian)
15. Aslangul E., Le Jeunne C. Diagnosing asthenia and chronic fatigue syndrome. Rev Prat. 2005; 55(9): 1029–33.
16. Dukes J.C., Chakan M., Mills A., Marcaurd M. Approach to Fatigue: Best Practice. Med Clin North Am. 2021; 105(1): 137–48. DOI: 10.1016/j.mcna.2020.09.007.3.
12. Young P., Finn B.C., Bruetman J. et al. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach. Medicina. 2010; 70(3): 284–92.