DOI: 10.56871/4096.2022.75.19.008
УДК 611.81.013+616.8-009.17+159.955+615.851+615.035.1+616-035

ТЕРАПИЯ АСТЕНИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

© Юлия Александровна Фоминых[1, 2], Андрей Михайлович Сарана[3], Кямаля Низамитдиновна Наджафова[2], Наида Адалат кызы Иманвердиева[4]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

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

[3] Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9

[4] Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

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

Поступила: 06.06.2022 ***Одобрена: 23.08.2022*** ***Принята к печати: 01.09.2022***

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. Данная статья представлена вниманию читателей как заключительная, четвертая, из цикла клинических лекций, посвященных проблеме астении. Рассматриваются основные принципы лечения астенических расстройств, возможности психотерапии, физиотерапии и медикаментозной коррекции астенических состояний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: астения; астеническое состояние; психотерапия; медикаментозное лечение астении.

ASTHENIA THERAPY IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES

© Yulia A. Fominykh[1, 2], Andrey M. Sarana[3], Kyamalya N. Nadzhafova[2], Naida A. Imanverdiyeva[4]

[1] Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University. 197022, Saint-Petersburg, Leo Tolstoy str., 6–8

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

[3] Saint-Petersburg State University. 199034, Saint-Petersburg, Universitetskaya Embankment, 7–9

[4] Astrakhan State Medical University. 414000, Astrakhan, Bakinskaya str., 121

Contact information: Kyamalya N. Nadzhafova — Assistant of Department of Faculty Therapy named after professor V.A. Waldman. E-mail: kyamalyok@yandex.ru

Received: 06.06.2022 ***Revised: 23.08.2022*** ***Accepted: 01.09.2022***

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, similar disorders are observed in all categories of the population. This lecture is presented to the readers as the fourth and final of a series of clinical lectures on the problem of asthenia. The lecture discusses the basic principles of therapy of asthenic disorders, the possibilities of psychotherapy, physiotherapy and drug correction of asthenic conditions.

KEY WORDS: asthenia; asthenic condition; psychotherapy; drug therapy of asthenia.

ВВЕДЕНИЕ

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 [4]. В литературе синонимами термина «астения» являются астеническое состояние, астенический синдром, астеническая реакция, нервно-психическая слабость [6, 7].

Формирование астенических расстройств сопровождается нарушениями психологической сферы в виде эмоциональной неустойчивости, повышенной возбудимости, лабильности неврологических реакций, раздражительности со снижением волевого контроля над эмоциями и поведением в целом. Изменения личности наиболее часто связаны с появлением капризности, плаксивости, с неустойчивостью самооценки и мотивации к деятельности. Вследствие комплекса изменений психической деятельности снижается работоспособность, продуктивность и успешность деятельности, что часто служит поводом для обращения к врачу.

Потребность в лечении астенических расстройств чрезвычайно велика. Так, проведенный интернет-поиск показал, что информация о возможностях терапии астенических расстройств — одна из самых востребованных для населения. Спектр препаратов на различных интернет-сайтах широк: от витаминов до антидепрессантов. И потому вопросы лечения астенических расстройств приобретают особую актуальность.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Патогенетические особенности астенических синдромов в клинике внутренних болезней определяют терапевтическую тактику. В каждом конкретном случае лечения астенических нарушений с учетом преморбидных психологических свойств (астеноневротических, психастенических), социальных воздействий (стрессов, психических травм, кризисов) и клинических особенностей астенических проявлений при той или иной нозологической форме, выбираются и конкретные методы воздействия, которые, как правило, носят комплексный характер [5]. В случае органической причины астении лечение должно быть направлено на устранение органического заболевания (например, инфекции). При функциональной астении возникает необходимость в соответствующем изменении образа жизни (снижение рабочей нагрузки, избавление от стресса).

Системная терапия астенического синдрома ставит перед собой целью разрешить многие вопросы:

- улучшить физическую выносливость, уменьшить чувство общего утомления и тревоги за состояние своего здоровья;
- придать энергии пожилым людям, благодаря которой они смогут справляться с повседневными заботами;
- улучшить концентрацию и память у студентов с признаками утомления;
- обеспечить лучшее восстановление и физическую подготовку у спортсменов;
- улучшить состояние при сексуальных расстройствах (нестабильности эрекции, снижении либидо и т.д.).

Медикаментозная терапия наиболее часто сочетается с психотерапией, социотерапией, направленной на формирование здорового образа жизни.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

В настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, со-

ответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии (одного из компонентов лечебного процесса). Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания определяет направленность психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии. Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, по существу эти понятия совпадают. Возможно, наиболее точным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство с целью психологической коррекции», однако это слишком громоздко. В отечественной литературе более распространенным является термин «психологическая коррекция», а в зарубежной — «психологическое вмешательство» [7].

Психологическая коррекция в клинике внутренних болезней представляет собой, во-первых, целенаправленное психологическое воздействие на патопсихологические (психопатологические) феномены, выступающие наиболее часто в виде вторичных невротических наслоений на основное соматическое заболевание. Речь идет, по сути дела, о психотерапии тревожных нарушений, депрессивных расстройств, враждебности, ипохондрических черт, элементов навязчивости и других расстройств пограничного уровня. Психотерапия эмоциональных нарушений, способствуя редукции патопсихологических симптомов, приводит к понижению уровня нервно-психической напряженности, что способствует, в конечном счете, редукции астенической симптоматики. Во-вторых, психологическая коррекция в клинике внутренних болезней связана с активизацией психологических резервов и ресурсов личности, обеспечивающих личностное развитие с формированием более эффективной системы психической адаптации [1].

В отличие от психологической коррекции, направленной на гармонизацию личности и повышение эффективности ее функционирования, и от психологического консультирования, ориентированного на решение актуальных психологических проблем клиента, психотерапия в узком понимании этого термина основной своей задачей ставит купирование психопатологических и патопсихологических симптомов. Купирование болезненной симптоматики влечет за собой и повышение возможностей личности в решении ее психологических проблем, и создает условия личностного развития и роста, обусловливающего, в свою очередь, повышение эффективности функционирования личности как в интрапсихологическом плане, так и в межличностном функционировании.

Психотерапия — это психологическое воздействие на целостную психическую деятельность больного, а через нее — на весь организм человека. Вопрос о том, насколько эффективна психотерапия в клинике внутренних болезней и в какой форме следует ее проводить, активно дискутируется в последнее время. Современными авторами отмечается неуклонно возрастающая интеграция психотерапии в соматической медицине. Интерес к проблеме использования психотерапии в клинике внутренних болезней связан с широким распространением новой парадигмы — биопсихосоциальной концепции болезни. В соответствии с этой парадигмой признается существенная роль социально-психологических факторов практически при любом заболевании, соматическом или нервно-психическом. Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни, сменившей в 1970-е годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 1940-х годах Р.А. Лурией, который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни.

Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

Современное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к признанию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах [8].

Объектом психотерапевтических воздействий при этом становятся различные соматические заболевания и, прежде всего, психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из крупнейших представителей психосоматической медицины Б. Стоквис (B. Stokvis), «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Отмечается, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты малоперспективны для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Sifneos P.E., 1973). Психосоматика, достаточно разработанная на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и крайне медленно внедряется в практику обслуживания больных. Конкретизируя те трудности, которые возникают при лечении соматически больных, T.B. Karasu (1979) отмечает роль собственно соматических (биологических) механизмов, а также личностные характеристики и защитные механизмы пациентов, негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов.

Психотерапия оказывается полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера.

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать не только на астению, но и на другие психопатологические нарушения — страх, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем). Следует отметить также развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Объектом групповой психотерапии при этом являются психологические факторы патогенеза заболевания: интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологические реакции личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента. Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Если методы симптоматической психотерапии (релаксационные методики, аутотренинг, гипноз) показали свои возможности при разнообразных соматических расстройствах, то применение патогенетической психотерапии остается проблематичным: актуализация значимой психологической проблематики во время психотерапевтической сессии, как показывает опыт, может привести к манифестации симптома [6].

В связи с недостаточной разработанностью, проблематичностью и невысокой эффективностью патогенетической психотерапии в соматической клинике наряду с психотерапией как специальной технологической процедурой может быть сформулировано представление о психотерапевтическом подходе как общей стратегии построения взаимоотношений с больным. Психотерапевтический подход сложился в рамках традиционной медицины; он является адекватным холистическому подходу и биопсихосоциальной концепции.

Психотерапевтический подход, в отличие от психотерапии, не является законченным, самостоятельным, теоретически обоснованным методом. Он сложился в медицине стихийно, развивался в связи с интервенцией

психотерапевтических знаний в соматическую медицину и основан скорее на общих механизмах и закономерностях личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии [5].

Важной составляющей частью психотерапевтического подхода в клинике является такой необходимый элемент работы врача или психолога, как психологический контакт. Начало диагностического исследования любого пациента начинается с установления психологического контакта. Невозможно получить более или менее достоверную информацию о больном без хорошего контакта с ним. Хороший психологический контакт означает безусловное и безоценочное принятие — элемент психотерапевтического процесса. Общими чертами психотерапии и психотерапевтического подхода являются такие неспецифические факторы психотерапевтического процесса, как эмпатия, осознание, обратная связь, отреагирование, корректив ный эмоциональный опыт.

Взаимодействуя с пациентом, врач использует свой собственный опыт и свою психику как инструмент этой работы. В процессе сбора анамнеза врач может спровоцировать у больного слезы или раздражение, вызвать у него напряжение или тревогу, а также диагностировать у пациента то, чем страдает сам. Для того чтобы увидеть проблематику больного, а не свои собственные трудности и проблемы, исследователь применяет определенный стиль общения, который условно можно обозначить как «диагностическое общение». Это стиль максимально нейтральный, неопределенный, многозначный, такой, на который пациент может спровоцировать свою проблематику. Врач становится своеобразной проективной методикой, предоставляющей полную свободу ассоциаций и проекций. В ответ на предъявляемую пациентом симптоматику он избегает ярких проявлений собственных эмоций, поскольку в них практически всегда содержится оценочный компонент, накладывающий неизбежные ограничения на диагностический процесс. В результате больной получает возможность пережить то, что в психотерапии носит название «корректив ный эмоциональный опыт».

Корректив ный эмоциональный опыт — второй психотерапевтический элемент, содержащийся в фазе ориентации профессионального общения врача с пациентом. Для каждого человека привычно реагировать на тревогу собеседника собственной тревогой, на печаль — своей собственной печалью, на агрессию — агрессией и т.д. Реагируя таким образом, мы неосознанно фиксируем негативное состояние партнера по общению, его страх, печаль, усиливаем и подкрепляем его. В то же время, не реагируя соответствующими состоянию собеседника эмоциями, не подкрепляя, не фиксируя это состояние, мы наблюдаем, что оно само по себе начинает изменяться. Встречая доброжелательную, принимающую позицию врача, который не осуждает, не оценивает, но и не подкрепляет, не усиливает эмоциональных реакций больного, пациент приобретает новый эмоциональный опыт, позволяющий ему изменить эмоционально-негативное состояние, снизить уровень напряжения, почувствовать себя психологически более комфортно. Корректив ный опыт связан с тем, что больной, не встречая осуждения или оценки со стороны врача, перестает бояться собственных эмоций, связанных с теми или иными болезненными ощущениями, и начинает свободнее их выражать. Часто нивелирование, выравнивание интенсивных эмоциональных реакций приводит к уменьшению интенсивности субъективного восприятия боли. Пациент становится точнее в описаниях своих симптомов, что помогает врачу получить более полное представление о течении его болезни [3].

В наиболее значимые моменты лечебно-диагностического процесса — при установлении психологического контакта, при сообщении диагноза и прогноза, если он неблагоприятный, а также тогда, когда решается вопрос об операции с вероятностью летального исхода, при формировании депрессий с суицидальной настроенностью — в целом, во всех случаях, когда речь идет об угрозе жизни пациента, на первый план выдвигается такой важный элемент профессиональной деятельности врача, как способность к эмпатическому реагированию. Эмпатия, или способность к эмоциональному включению в психологический мир пациента, обеспечивает наиболее полное и глубокое взаимодействие в диаде врач–больной — важное условие эффективности лечебно-диагностического процесса. Эмпатическое взаимодействие обеспечивает адекватную обратную связь, позволяя корректировать те или иные неточности в межличностном взаимодействии. Адекватное межличностное взаимодействие включает в себя также возможности эмоционального отреагирования проговариваемых и переживаемых проблем, т.е. катарсис.

Свободно излагая жалобы такому внимательному и профессиональному слушателю, как врач, больной уже испытывает некоторое

облегчение просто от того, что его внимательно, доброжелательно, не прерывая, выслушали. В фазе ориентации врач, предоставляя пациенту возможность свободно высказываться, может в определенной степени обеспечить реализацию такого терапевтического механизма, как катарсис. Понятие катарсиса ввел еще Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа. Как синоним в русском языке употребляется термин «отреагирование». За отреагированием, как правило, следует уменьшение эмоционального напряжения и чувство облегчения. Катарсис в психоанализе, рассматриваемый в качестве одного из центральных терапевтических механизмов, определяется как освобождение от негативного эмоционального опыта (негативных эмоциональных переживаний) путем отреагирования этого опыта (этих переживаний). Частичное отреагирование в беседе с врачом отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с болью, страданием, физическим дискомфортом, снижает у пациента уровень напряжения и тревоги. Активное слушание жалоб больного в фазе ориентации — элемент психотерапевтического воздействия, знакомый каждому врачу.

В качестве общих факторов психотерапии с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают:

- обращение к сфере эмоциональных отношений;
- самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;
- предоставление и получение информации;
- укрепление веры больного в выздоровление;
- накопление положительного опыта;
- облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные, эмоциональные и поведенческие процессы, способствующие успешности психотерапии и, в большей или меньшей степени, представленные практически во всех психотерапевтических системах (Исурина Г.Л., 2002). Эти же факторы оказываются вовлеченными при использовании психотерапевтического подхода в процесс профессионального общения врач–больной [2].

И психотерапия, и психотерапевтический подход используют одни и те же психотерапевтические приемы: разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и т.д. При этом в психотерапии ведущими являются специфические психотерапевтические процедуры, а в психотерапевтическом подходе — достижение комплайнса для эффективного осуществления медицинских процедур. В психотерапии более общая стратегия поведения психотерапевта тесно связана с его теоретической ориентацией, в частности, с тем, какой теории личности и какой концепции болезни он придерживается. Психотерапевтический подход является отражением общей гуманистической установки врачей в рамках парадигмы биопсихосоциальной концепции болезни.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИИ

При лечении астенических нарушений применяют седативные и трофостимулирующие методы: электросонотерапия, электрофорез на воротниковую зону, гальванический воротник, транскраниальная электростимуляция, пелоидо-ультразвуковая терапия, циркулярный душ, массаж, ароматические (хвойные, с настоем трав цветов), минеральные, газовые, лекарственные (йодобромные, шалфейные) ванны. При сопутствующих сексуальных нарушениях к вышеперечисленным процедурам можно добавлять лекарственный электрофорез, эндоназальный электрофорез с церебролизатом, душ Шарко, рефлексотерапия, морские купания [3].

Дополнительные методы лечения астении: настои трав для внутреннего приема (для пациентов поликлинической формы лечения); порошки для внутреннего приема (маточное молочко, экстракты трав, фармацевтические производные, микроэлементы, витамины); капли для внутреннего приема (вытяжки из трав); витаминотерапия (заводские формы натуральных лекарств для подкожного введения и внутреннего приема); эмульсия для втирания в кожу живота, грудной клетки и спины (настойки трав, растительные жиры, растительный пигмент, натуральные эфирные масла, масляные вытяжки из трав, витамины); гель для втирания в кожу живота, грудной клетки и спины (настойки трав, натуральные эфирные масла, растительный пигмент, растительные жиры, витамины, настойка прополиса); крем для втирания в кожу живота, грудной клетки и спины (натуральные ароматические масла, растительные жиры, настойки трав, витамины, хлорофилл); жидкость для втирания в кожу живота, грудной

клетки и спины (хлорофилл, растительные жиры, витамины, натуральные ароматические масла, макроэлементы, настойки трав); аппаратная физиотерапия (магнитотерапия, синглетно-кислородная терапия, магнитолазерная терапия, лазеротерапия для пациентов поликлинической формы лечения); биогенная терапия (заводские формы натуральных лекарств для внутримышечного введения); адаптогены (заводские формы натуральных лекарств для внутреннего приема); аромапунктура (для пациентов поликлинической формы лечения).

Первичный субъективный результат при лечении астении ощутим на 10–17-й день лечения, окончательный объективный — по истечению 50–75 дней, но будет зависеть от изначальных характеристик (какая форма, стадия и особенности течения астении, наличие осложнений и каков характер сопутствующей патологии, какой уровень исполнительности к врачебным предписаниям, наличие вредных привычек, особенности работы и питания и т.д.).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Астения — это комплекс симптомов, и именно совокупность этих симптомов (ухудшение памяти и концентрации, нарушения сна и сексуальной функции, мышечная слабость и др.), возникая у человека, делает его жизнь очень тягостной, безрадостной, а иногда и безысходной. При этом если такому пациенту назначить 3–4 препарата с целью устранения вышеуказанных симптомов (а он еще принимает несколько препаратов по поводу основного заболевания), его психологическое состояние может ухудшиться только от осознания тяжести своего заболевания [9]. Кроме этого, уверенности в эффективности интуитивно подобранного комплексного лечения (или даже готового «коктейля») нет, ибо отсутствуют научные данные, подтверждающие достоверность эффективности этих препаратов при астении.

При функциональной астении возникает необходимость в соответствующем изменении образа жизни (снижение нагрузки, организация режима труда и отдыха, изменение образа жизни), но лечение не может быть этим ограничено.

Наиболее часто для симптоматической терапии астенических состояний используются препараты из разных групп. При жалобах пациентов на общую слабость, усталость назначаются витаминно-минеральные комплексы, адаптогены растительного происхождения, при нарушениях сна и раздражительности — снотворные либо успокоительные средства; при головных болях и ухудшении памяти — ноотропные препараты. Таким образом, астения не лечится как заболевание. Лечение может уменьшить одни симптомы и совсем не влиять на другие по той простой причине, что ни один из вышеуказанных препаратов не лечит комплекс симптомов, а лечит лишь отдельные ее проявления. Необходимо также учитывать, что все витаминные комплексы или препараты растительного происхождения действуют постепенно, и эффект прекращается после отмены.

Научно обоснованные рекомендации для лечения большинства астенических состояний включают назначение психостимуляторов и ноотропов. Для профилактики и лечения астении широко используют, в частности, различные ноотропные средства. Им присущи такие фармакодинамические эффекты, как стимуляция передачи возбуждения в центральных нейронах, облегчение информационного обмена между полушариями, улучшение энергетических процессов в нейронах, благодаря которым они, кроме устранения клинических проявлений астении, обеспечивают активацию интеллектуальных функций, повышение способности к обучению и улучшение памяти. Каждому ноотропному препарату присуще свое «терапевтическое окно», при котором наиболее эффективными являются средние дозировки, а малые и высокие малоактивны. К примеру, средний диапазон дозировок пирацетама составляет от 1,2 до 9,6 г/сут. Некоторые специалисты считают, что для него приоритетной является не суточная, а курсовая доза (50–64 г или 125–160 таблеток по 0,4 г).

Еще одной группой фармакологических препаратов, используемых при астении, являются периферические вазодилататоры, в особенности пентоксифиллин, алкалоиды спорыньи. Их лечебный эффект обусловлен улучшением мозгового кровообращения и устранением гипоксии нейронов. Если астения сопровождается вестибулярными нарушениями, ситуационно дополнительно могут быть назначены бетагистин, циннаризин, флунаризин. При преобладании в клинических проявлениях тревожного компонента полезны анксиолитики, преимущественно производные бензодиазепина, в минимальных и средних терапевтических дозах.

В системе комплексного лечения всего спектра астенических расстройств врачи, как

правило, назначают пациентам адаптогены. Это известные вещества растительного происхождения: женьшень, элеутерококк, лимонник и т.д. Проблема в том, что их трудно дозировать. К тому же их употребление может привести к побочным эффектам: нарушениям сна, повышенной возбудимости и другим плохо предсказуемым расстройствам.

Несмотря на то что психостимуляторы относятся к той группе психотропных препаратов, основными показаниями для которых являются астенические нарушения, использование их в данных случаях крайне нежелательно. Явления синдрома отмены, развитие зависимости и злоупотребления, риск возникновения соматических осложнений и многие другие нежелательные реакции возникают при терапии этой группой психотропных препаратов достаточно часто и быстро [2]. Альтернативой психостимуляторам является использование при терапии астенических состояний препаратов нейрометаболического действия, в психофармакологическом спектре которых выявляется отчетливый психостимулирующий эффект. Такие препараты обладают свойствами психостимуляторов (повышение психомоторной активности) и ноотропов (улучшение когнитивных функций) и могут быть выделены в особую группу антиастенических средств. Эти препараты не обладают нежелательными эффектами психостимуляторов (развитие осложнений и наличие противопоказаний при их использовании и др.), а также обладают возможностью более широкого применения, чем ноотропы, чей эффект прежде всего проявляется при терапии органически обусловленной астении. Обозначение антиастенических препаратов как особого класса психотропных средств диктуется не только особенностями их действия и применения, но важно в смысле повышения значимости проблемы терапии столь распространенных в клинической практике астенических состояний. Позиционирование антиастенических препаратов как близких к ноотропам по механизму действия, но обладающих отчетливыми клинически верифицированными психоактивирующими свойствами и в то же время лишенных нежелательных явлений и последствий, наблюдающихся при применении психостимуляторов, позволяет использовать их при терапии широкого круга астенических состояний, независимо от их этиологии и структуры. Однако необходимо помнить, что при назначении антиастенических препаратов (в отличие от ноотропов) требуется проведение полного соматического обследования для диагностики возможно имеющегося соматического хронического заболевания и установления патогенетической связи его с явлениями астении. В таком случае антиастенические препараты следует подключать к основной проводимой терапевтической стратегии. При этом отсутствие лекарственных взаимодействий антиастенических средств приобретает особую ценность. Современный человек, который живет в большом городе, работает, занимается домашними проблемами, вряд ли сможет избавиться от астении, занявшись расслабляющей гимнастикой. При астении нарушена деятельность определенных структур головного мозга, и какими-то обыденными средствами, вроде прогулок, покупки новых нарядов, такое состояние не исправить. Таким пациентам нужна помощь врача, который даст рекомендации относительно образа жизни и назначит необходимую терапию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Астенические состояния имеют высокую распространенность среди пациентов с различной патологией. Они могут сопутствовать основному заболеванию или существовать самостоятельно, значительно снижая качество жизни и трудоспособность пациентов. В данном цикле из четырех клинических лекций, посвященном проблеме астении в клинике внутренних болезней, мы постарались осветить вопросы актуальности, терминологии, классификации астенических состояний, а также клинико-диагностические аспекты и принципы терапии астенических расстройств. Представленный материал предназначен для врачей любых специальностей, поскольку каждый врач в реальной клинической практике неизбежно сталкивается с явлениями астении у своих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев В.В., Львова О.А. Современные подходы к терапии астенического синдрома. Consilium Medicum. 2013; 1: 60–4.
2. Путилина М.В. Астенические расстройства в общемедицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии. Нервные болезни. 2013; 4: 26–33.
3. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
4. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. Понятие астении в клинике внутренних болезней. University therapeutic journal. 2022; 4(1): 52–63.

5. Шабров А.В., Соловьева С.Л. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению. СПб.; 2010.
6. Шабров А.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. Клинические проявления астении. University therapeutic journal. 2022; 4(3): 47–56.
7. Шабров А.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. Принципы диагностики астении. University therapeutic journal. 2022; 4(3): 57–63.
8. Abbot N.C. Chronic fatigue syndrome. Lancet. 2006; 67(9522): 1574.
9. Garnefski N., Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. CognEmot. 2018; 32(7): 1401–8. DOI: 10.1080/02699931.2016.1232698.

REFERENCES

1. 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).
2. Putilina M.V. Astenicheskie rasstrojstva v obshchemedicinskoj praktike. Algoritmy diagnostiki i terapii [Asthenic disorders in general medical practice. Algorithms of diagnostics and therapy]. Nervnye bolezni. 2013; 4: 26–33. (in Russian).
3. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K. i dr. Klinicheskie rekomendacii «Starcheskaya asteniya» [Clinical guidelines frailty]. Rossijskij zhurnal geriatricheskoj mediciny. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46. (in Russian).
4. 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).
5. Shabrov A.V., Solov'eva S.L. Astenicheskie rasstrojstva v terapevticheskoj praktike. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu [Asthenic disorders in therapeutic practice. Guidelines for diagnosis and treatment]. Sankt-Peterburg; 2010. (in Russian).
6. Shabrov A.V., Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N. Klinicheskie proyavleniya astenii [Clinical manifestations of asthenia]. University therapeutic journal. 2022; 4(3): 47–56. (in Russian).
7. Shabrov A.V., Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N. Principy diagnostiki astenii [Principles of asthenia diagnosis]. University therapeutic journal. 2022; 4(3): 57–63. (in Russian).
8. Abbot N.C. Chronic fatigue syndrome. Lancet. 2006; 67(9522):1574.
9. Garnefski N., Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. CognEmot. 2018; 32(7): 1401–8. DOI: 10.1080/02699931.2016.1232698.