

# Астенический синдром в кардиологической практике

Ф.Ю.Копылов<sup>1</sup>, Ю.М.Никитина<sup>1</sup>, Е.А.Макух<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра профилактической и неотложной кардиологии ФППОВ, Москва;

<sup>2</sup>Клиника кардиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

**Резюме.** Астенический синдром часто встречается в практике кардиолога. Астения может развиваться не только на фоне различных сердечно-сосудистых заболеваний, но и являться одним из симптомов психического расстройства, что необходимо учитывать при диагностике и лечении. Лечение астенического синдрома основано как на применении различных немедикаментозных подходов, так и использовании психотерапии.

**Ключевые слова:** астения, сердечно-сосудистые заболевания, психотерапия, антиастенические препараты.

## Asthenic syndrome in cardiology

F.Yu.Kopylov<sup>1</sup>, Yu.M.Nikitina<sup>1</sup>, E.A.Makuh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (MSMU)

**Summary.** Asthenic syndrome often occurs in the cardiologist daily practice. Fatigue can develop not only against the background of various cardiovascular diseases, but also be a symptom of mental disorder, which should be considered in the diagnosis and treatment. Treatment of asthenic syndrome based on both the application of various non-drug approaches and the use of pharmacotherapy.

**Key words:** asthenia, cardiovascular diseases, psychopharmacotherapy, anti-asthenic drugs.

### Сведения об авторах

**Копылов Ф.Ю.** – д-р мед. наук, доц. каф. профилактической и неотложной кардиологии фак. послевузского образования врачей Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

**Никитина Ю.М.** – канд. мед. наук, асс. каф. профилактической и неотложной кардиологии фак. послевузского образования врачей Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

**Макух Е.А.** – врач-психиатр психосоматического отделения УКБ №1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

Астения – один из самых распространенных в практике терапевта синдромов. Кратко данный симптомокомплекс можно описать как состояние повышенной утомляемости с частой сменной настроением, раздражительной слабостью, истощаемостью, трудностью концентрации внимания. Кроме того, для астении характерны гиперестезия (непереносимость яркого света, громких звуков), эмоциональная неустойчивость, слезливость, вегетативные нарушения (лабильность артериального давления и пульса, головная и мышечная боль, многочисленные неприятные телесные ощущения, колебания температуры, ухудшение аппетита, повышенное потоотделение, сексуальная дисфункция) и расстройства сна. При астении обычный ежедневный отдых не уменьшает чувство усталости. Астенические расстройства редко наблюдаются в чистом виде и зачастую сочетаются с тревогой, депрессией, стра-

хами, неприятными ощущениями в теле и ипохондрической фиксацией на своей болезни.

В МКБ-10 подобные состояния с характерными жалобами на повышенную утомляемость после умственной и физической работы, рассеянность, снижение способности к концентрации внимания, профессиональной продуктивности и активности в повседневной жизни, миалгии (в том числе тензионные головные боли), вегетативные дисфункции (кардиопульмональные, гастроинтестинальные, психосексуальные), головокружения, внутреннее напряжение, раздражительность, расстройства сна и аппетита определяются в рамках неврастения (F48.0).

На приеме у врачей общей практики и терапевтов 14–65% всех пациентов предъявляют жалобы на слабость и повышенную утомляемость, распространенность астении в общей популяции колеблется от 1,2 до 10%. В любом справочнике по внутренним болезням

упоминается о том, что астения может быть стержневым или сквозным синдромом при многих болезнях; начальным проявлением или завершением заболевания. Более того, астенические симптомы наименее специфичны из всех психических нарушений и являются «базовыми» по отношению к любым другим психическим расстройствам, иногда предшествуя или определяя и почти всегда завершая течение любой болезни, как соматической, так и психической.

При изучении астении обычно выделяют две формы – органическую и функциональную:

- **органическая** (40–45%, всех астенических состояний) возникает в результате тяжелых внутренних заболеваний (инфекционных, эндокринных, гепатологических, неврологических, онкологических и др.), а также на фоне нарушений психики или работы нервной системы (прежде всего шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами);
- **функциональная (реактивная)** составляет 55–60% всех астений и характеризуется прежде всего принципиальной обратимостью, поскольку возникает на фоне ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К их числу относятся острая астения, возникающая как реакция на острый стресс или значительные перегрузки на работе, в ситуациях повышенной ответственности и дефицита времени («директорские неврозы», «синдром менеджеров»). Также рассматривается хроническая астения, появляющаяся после родов (послеродовая астения), инфекций (постинфекционная астения) или в структуре синдрома отмены, кахексии и др. В связи с чрезвычайной значимостью проблемы особо выделяется психиатрическая астения, при которой в структуре функциональных пограничных психических расстройств (тревога, депрессия, неврозы, инсомния и пр.) выявляется астенический симптомокомплекс. Функциональная астения в отличие от органической может проходить под воздействием лекарственных препаратов или самостоятельно. Иногда достаточно только устранить причину ее возник-

новения (например, перенапряжение на работе или большое количество алкоголя) и заболевание пройдет.

Специалисты-психиатры разделяют астению на гипер- и гипостеническую [3]. При гиперстенической астении для больного характерна сверхвозбудимость сенсорного восприятия, он постоянно чувствует тревогу, не может успокоиться, держать себя в руках, нервничает и злится по любому поводу. При этом даже совершенно нейтральные явления могут вызвать у него агрессию или приступ раздраженности.

Гипостеническая форма астении имеет прямо противоположные симптомы. Больной равнодушен к окружающему, очень быстро устает, часто плачет и не может сосредоточиться ни на чем надолго.

В психиатрической литературе можно встретить классификацию астении, основанную на ее облигатном или факультативном характере в структуре болезненных состояний.

- При **факультативной астении** больной страдает не только от ее проявлений, но и от более сложных нарушений психики – астено-депрессивных, астено-тревожных состояний и др.
  - При **облигатной** форме астении у пациента проявляются только ее симптомы – астеническое расстройство личности, астеническое развитие личности. При облигатной форме астении прием психотропной терапии очень часто дает значительное улучшение состояния.
- Астенический синдром может возникать как вследствие соматического заболевания, так и быть свойством личности (психастения, или астеническая психопатия); симптомом при психическом заболевании; признаком неврастения – невроза с облигатным (главным, основным) астеническим синдромом; одним из свойств психоорганического синдрома – неврозоподобная симптоматика при различных энцефалопатиях (сосудистых, травматических, токсических и др.).

### Астенический синдром на фоне сердечно-сосудистых заболеваний

В практике кардиолога общая слабость и утомляемость у пациентов могут возникать при тяжелой недостаточности кровообра-

щения, воспалительных заболеваний (миокардит, инфекционный эндокардит). Закономерно отмечается слабость и после длительного постельного режима, обусловленного, например, тяжелым течением инфаркта миокарда.

В то же время астенический синдром может оказаться следствием передозировки мочегонных, β-адреноблокаторов или других гипотензивных средств.

Если же признаков декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний нет, и больной не принимал вышеперечисленных препаратов, не был длительно обездвижен, то жалобы на общую вялость и слабость нехарактерны для пациентов с органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В таком случае после исключения основных причин астенического синдрома (инфекционные, эндокринные, гематологические, неврологические, онкологические и др. заболевания) можно подозревать у пациента наличие психических заболеваний или расстройств личности.

### Невротические (психогенные) реакции

У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нередко отмечаются психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания с формированием неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматики. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование неврозов (состояний), а затем и невротических развитий личности.

Подобные изменения определяются как психотравмирующими факторами и особенностями личности больного, так и течением основного заболевания. Пребывание в стационаре, необходимость соблюдения лечебного режима и диетических предписаний, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни по сути играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств и психической астенизации.

В этом случае к симптомам сердечно-сосудистого заболевания добавляются астенические про-

явления: повышенная утомляемость, дневная сонливость, адинамия, аффективная лабильность, раздражительность, вспыльчивость, гиперестезии, ослабление внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями [тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления (АД), вегетососудистые пароксизмы] [2].

### Пограничные психические расстройства

Кардионевроз (кардиофобия) – один из наиболее распространенных синдромов у пациентов кардиолога. Таким больным свойственно повышенное внимание к вопросам своего здоровья вообще и к функции сердца в частности: они часто измеряют пульс и АД, фиксируются на различных неприятных ощущениях в области сердца.

Незначительные изменения со стороны сердечной деятельности, возникающие после волнения, умственной или физической перегрузки, приведшей к состоянию длительной астенизации, вызывают у больных стойкую уверенность в наличии сердечного заболевания и обусловленный этим страх смерти.

Пациенты предъявляют жалобы на боли в грудной клетке разнообразного и зачастую неопределенного характера без четкой связи с физической нагрузкой, зависящие от эмоционального состояния больного. При этом болевые ощущения сопровождаются тревогой, напряжением, беспокойством.

Нередко эти же пациенты предъявляют жалобы на чувство «нехватки воздуха», ощущение «неполного вдоха», спазмы в горле («ком в горле»), ощущение остановки дыхания и приближения смерти. Описанные расстройства зачастую сочетаются с другой неврозоподобной симптоматикой, убежденностью в серьезности заболевания, навязчивыми мыслями о неполноценности дыхания, нарастающем кислородном голодании, чувством тревоги и страха смерти от удушья. Все это сопровождается выраженными вегетативными дисфункциями [2].

Описанные расстройства возникают у людей, испытывающих нервный стресс в процессе работы: большой объем подлежащей усвоению значимой информации, дефицит времени и высокая мотивация деятельности. В литературе описаны реакции типа «информационного невроза», «экспериментального невроза», синдромов «менеджера», «руководящих кадров», «белых воротничков», возникающих у лиц, занимающих административные должности, в ситуации повышенной ответственности, конкуренции, неуверенности в исходе своих начинаний. Также астенические расстройства характерны для рабочих, выполняющих достаточно сложные технические, но однообразные трудовые операции в строго установленном ритме. В этом случае преобладают раздражительность, чувство нервного напряжения, соматовегетативные симптомы (утрата аппетита, похудание, бессонница, снижение либидо, желудочные колики); причем эти расстройства полностью купируются отдыхом. В отдельных работах возникновение астенических расстройств рассматривается в связи с нарушениями адаптации при резком изменении климата, часового пояса. При описании астении у студентов-иностранцев, оказавшихся в этих условиях, подчеркивается важная роль таких факторов, как языковой барьер, отрыв от семьи, привычной культуры.

### Аффективные психические расстройства

Исследования, проведенные в последние два десятилетия в разных странах, показали, что депрессия часто встречается в практике врачей общесоматического профиля. Распространенность депрессивных расстройств варьирует в зависимости от страны и региона проживания, однако усредненные оценки свидетельствуют, что депрессия наблюдается у 10–20% пациентов первичного звена здравоохранения.

Одни из основных жалоб пациентов с аффективными расстройствами, в частности депрессией, – повышенная утомляемость, дневная сонливость, адинамия, аффективная лабильность, раздражительность, ослабление внимания и памяти. Самая высокая распространенность аффективных расстройств отмечается в ранний постинфарктный период и после вмешательства на коронарных артериях.

Обычно у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, отмечается усиление тревоги и депрессии, продолжающееся до 3 мес (особенно высок уровень тревоги и депрессии в течение нескольких дней после выписки из стационара). Однако у 50–75% больных, исходно имевших симптомы большой депрессии или повышенное количество баллов по шкале депрессии, сохранялись ее симптомы от 3 мес до 1 г. Имеются данные о том, что у 10–20% больных без признаков клинически выраженной депрессии или с субсиндромальным ее уровнем в течение года развивался по крайней мере один ее эпизод.

Аффективные расстройства нередко манифестируют после аортокоронарного шунтирования (АКШ). На долю депрессий приходится до 30–60% послеоперационных психических расстройств, нередко обнаруживается их тенденция к затяжному (более года) течению.

В целом послеоперационные депрессии в сопоставлении с предоперационными отличаются значительным удельным весом астенических проявлений при сравнительной редуцированности тревожных расстройств. Более вероятно развитие послеоперационных депрессий у больных пожилого возраста на фоне интраоперационной гипотонии, пред- и послеоперационного болевого синдрома, депривации сна, экстракорпорального кровообращения, общей тяжести соматического состояния после АКШ. Соматогенная депрессия чаще всего характеризуется общей слабостью, непереносимостью нагрузок, а также повышенной сонливостью в дневное время с явлениями ранней инсомнии, когнитивными нарушениями [2].

### Астенический синдром и особенности личности

Астенический синдром может быть свойством личности – психастения (астеническая психопатия). В данном случае в основе лежит система отношений между «Я» и окружающей средой, что и приводит к конфликту с развитием синдрома. Зачастую при невращении в основе акцентуации лежит мотив избыточной требовательности к себе, значительно превышающей потребности среды: преувеличенные педантизм, чувство долга, обязательности поддерживают и без того напряженный и тревожный характер. Возможен и обратный вариант, когда требует личность от внешней среды гораздо больше возможного,

значительно преуменьшая требования к себе и своему «Я». Это характерно для истерического типа личности. Пациенты убеждены, что их недооценили, а заслуги проигнорировали, специально не дали показать их способности. Развитие астенического синдрома на такой почве приводит к его демонстративности, эмоциональной подчеркнутости и привязанности к конкретной ситуации.

Для людей с астенической психопатией характерно субъективное обостренное восприятие экзогенных и эндогенных сигналов: болезненное обострение слуха мешает отдыху, больной вдруг начинает слышать действия соседей на два этажа выше, обычный дневной свет при выходе на улицу вызывает боль в глазах и слезотечение, чтение утомляет и раздражает. Повышению слуховой чувствительности (гиперакузии) сопутствует шум, гул в голове, головокружения, головная боль, непереносимость громких и даже обычных внезапных звуков, что сопровождается ухудшением общего самочувствия.

Зачастую характерна вегетативная лабильность: неустойчивое АД (от гипотензии до гипертензии), нарушения ритма сердца (преимущественно в виде тахикардии, но встречается и брадикардия), перебои в ритме сердца.

Больные жалуются на потемнение в глазах с головокружением, сердцебиение, особенно при перемене положения тела из горизонтального в вертикальное, при преждевременном пробуждении, ощущение пульсации сосудов в затылке, в висках. У ряда больных отмечается повышенная потливость. Последние годы чаще стали наблюдаться нарушения терморегуляции в виде субфебрилитета, вначале фиксированного к определенному времени суток, а затем беспрерывно возникающего по мере измерения температуры тела.

Вегетативные расстройства нередко сочетаются с функциональными расстройствами работы органов пищеварения (гиперсаливацией, давлением в области желудка, чувством переполнения после еды, отрыжкой типа аэрофагии, болями, запорами с внезапными поносами), дизурическими расстройствами (эпизодами полиурии с частым мочеиспусканием, слабостью и прерывистостью струи мочи, неудержимыми позывами в ситуациях эмоционального напряжения и волнения). Пациентов беспокоят различные по характеру и локализации мышечные и суставные боли, боли в брюшной полости, в области сердца, головные боли.

Большинство пациентов с астеническим синдромом отмечают нарушения сна от сонливости до инсомнии разной степени выраженности: затрудненное растянутое засыпание, тревожный, прерывистый и поверхностный сон с ранними пробуждениями. Все это сопровождается повышенной раздражительностью, несдержанностью, эмоциональной неустойчивостью.

## Лечение

Лечение астенического синдрома включает в себя самые разные подходы: психотерапию, изменение образа жизни, упорядочение режима труда и отдыха, режима бодрствования и сна, регулярное питание, устранение причины эмоционального напряжения, физиотерапию, санаторно-курортное лечение. В ряде случаев подобные мероприятия способны прине-

сти ощутимую пользу и вывести человека из состояния астении. Однако по понятным причинам эти рекомендации не всегда выполнимы. С другой стороны, в ряде случаев этих мер бывает недостаточно, и врачу приходится прибегать к медикаментозной терапии.

Важность фармакотерапии в комплексе лечебных мероприятий возрастает по мере утяжеления и/или хронификации психопатологических расстройств. Считается, что около 2/3 наблюдаемых пациентов могут лечиться в общесоматической сети (амбулаторно в территориальной поликлинике или стационарно в многопрофильной больнице) под наблюдением врача общей практики при консультативном участии психиатра. Лишь 1/3 нуждаются в специализированной психиатрической помощи (кабинет или клиника неврозов, психоневрологической диспансер) – больные со стойкими конверсионными, соматизированными и аллопатическими расстройствами [3].

При подборе психофармакотерапии одним из наиболее значимых дифференцирующих астенические расстройства признаков является преобладание в психопатологической структуре синдрома полярных проявлений – гипер- либо гипестезии с отчуждением собственной активности и телесных чувств [3].

Транквилизаторы и ноотропы – препараты выбора при гиперестетической астении. Более универсальны препараты широкого спектра действия, обладающие высокой психотропной активностью и эффективные при стойких, генерализованных и относительно более легких психопатологических расстройствах. Клиническая активность препаратов узкого спектра действия ограничена воздействием на преходящие, относительно изолированные болезненные проявления [3].

Таким образом, при гиперестетических астенических синдромах с явлениями «простой» астении (ощущение утомления, повышенная чувствительность к внешним раздражителям и патологическим телесным ощущениям) предпочтительны транквилизаторы узкого спектра действия – оксазепам, медазепам, тофизапам, триоксазин в комбинации с ноотропами и стимуляторами [3].

В более тяжелых случаях (стойкие тревожные опасения ипохондрического содержания, генерализованные конверсионные проявления и другие патологические телесные ощущения) показаны транквилизаторы широкого спектра действия: диазепам, феназепам хлордиазепоксид, вводимые при необходимости парентерально. Ноотропы и стимуляторы, в ряде случаев усиливающие раздражительность и вегетативные моторные истерические проявления, назначают в меньших, чем при «простой» астении, дозах и менее продолжительными курсами (1–2 нед) [3].

Пациенты с гипостенической астенией с отчуждением собственной активности и телесных чувств относительно резистентны к традиционной терапии транквилизаторами, ноотропами и психостимуляторами, однако у половины больных удается добиться улучшения с помощью нейрорепетиков (трифлуоперазин, трифлуперидол, галоперидол, клозапин), причем в подобных случаях показана интенсивная терапия – внутривенные капельные вливания нейрорепетиков в сочетании с ноотропами. Обратное развитие симптоматики наблюдается на протяжении 1 мес с

момента начала терапии. Однако тенденция к хронификации делает в ряде случаев целесообразным продолжение лечения поддерживающими дозами в амбулаторных условиях [3].

При лечении астенических расстройств как альтернатива психостимуляторам нередко используют различные ноотропные или так называемые нейрометаболические средства, осуществляющие целенаправленное фармакологическое воздействие на познавательные функции и зоны психического и неврологического дефицита за счет активирующего специфического влияния на высшие интегративные функции мозга. С одной стороны, такая терапия доступна и безопасна в плане побочных эффектов, с другой, ее клиническая эффективность по существу остается недоказанной ввиду отсутствия крупных контролируемых плацебо-исследований, которые бы показали эффективность терапии ноотропами астенических состояний.

При лечении последних препаратами нейрометаболического действия выбор делают в пользу средств с активирующим эффектом. Такие лекарства имеют свойства психостимуляторов (повышение психомоторной активности) и ноотропов (улучшение когнитивных функций), однако не обладают нежелательными эффектами психостимуляторов (развитие осложнений и наличие противопоказаний при их использовании и др.), их можно применять более

широко, чем ноотропы, чей эффект прежде всего проявляется при терапии органически обусловленной астении. К препаратам подобного действия можно отнести деанола ацеглумат, сальбутиамин, гопантевую кислоту, фениллоксопирролидинаацетамид, Ладастен [1]. Необходимо отметить, что в настоящее время в клинико-фармакологической группе препаратов, применяемых при астенических состояниях, официально зарегистрировано только одно лекарственное средство из вышеперечисленных – Ладастен.

В заключение следует подчеркнуть, что при назначении антиастенических препаратов необходимо проведение полного соматического обследования для диагностики возможного соматического хронического заболевания и установления патогенетической его связи с явлениями астении. В таком случае антиастенические препараты следует добавлять к основной проводимой терапевтической стратегии.

#### *Литература*

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как средства первого выбора при астенических расстройствах. Рус. мед. журн. Неврология. 2004; 12 (22): 1290–98.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учеб. пособие. 3-е изд. М., 2000; с. 496.
3. Смуглевич А.Б. Ипохондрия и соматоморфные расстройства. М.: Логос, 1992; с. 175.