

О.В. Клименко, к.м.н., кафедра неврології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Астенія в загальнолікарській практиці

Останнім часом термін «астенія» досить часто використовується в повсякденній практиці лікарів у зв'язку з тим, що ця патологія стала супутником нашого життя поряд із гіподинамією, незбалансованим харчуванням і виснажливою працею без адекватного відпочинку.

Астенія — це патологічна втома після нормальної активності, яка супроводжується зниженням енергії, необхідної для забезпечення нормальної життєдіяльності, та уваги, різким зниженням працездатності. Звичайна втома після мобілізації психічних і фізичних сил організму є фізіологічним станом, що швидко зникає після відпочинку. Астенією вважають патологічні зміни, що тривають упродовж кількох місяців або років. Сьогодні це захворювання є одним з найпоширеніших синдромів у клінічній практиці будь-якого лікаря, а частка скарг, пов'язаних з ним, становить до 60%. Астенія спостерігається у всіх верств населення і є «тягарем сучасності» за рахунок впливу на фізичні та інтелектуальні здібності людини; вона порушує повсякденне життя та знижує його якість.

Астенія є неспецифічним синдромом, який може супроводжувати різні захворювання (соматичні, психічні), а також може виникати у здорових людей за певних обставин. Цей патологічний стан має різні групи клінічних проявів: фізичні, психологічні, інтелектуальні та ін. Також використовується термін «синдром хронічної втоми», під яким розуміють гетерогенний стан, причиною якого можуть бути психогенні фактори та вірусна інфекція.

А.Г. Панов та В.С. Лобзін у 1975 р. виділили такі групи чинників, що викликають астенію:

- фізіологічний вплив та навантаження;
 - незвичайний для організму вплив (радіація, електромагнітний вплив, невагомість та ін.);
 - незвичайні умови життя та праці зі значною та тривалою зміною біоритмів — десинхроноз;
 - надмірну психоемоційну напругу.
- Крім вищезазначеного, негативний вплив мають: надмірна маса тіла, зловживання алкоголем і куріння, виснажливі дієти, побічні дії ліків.

Найбільш часто виділяють фізіогенні, психогенні та мультифакторні астенії. З урахуванням етіології, патогенезу та клінічних проявів Б.І. Ласков та співавт. (1981) виділяють такі види фізіогенних астеній:

- цереброгенну астенію (ураження головного мозку травматичного, судинного, інфекційного, інтоксикаційного генезу);
- соматогенну астенію;
- церебросоматогенну астенію;
- адаптаційну астенію.

В астенічному стані виділяють три складові:

- появу власне астенії;
- розлади, викликані патологічним процесом, що призвів до астенії;
- розлади, обумовлені індивідуальною реакцією на хворобу.

Донозологічна астенія (втомлюваність), з якою найчастіше зустрічаються лікарі різних спеціальностей, зазвичай виникає після надважких фізичних, психічних або інтелектуальних навантажень, у разі нерівномірного розподілу роботи та відпочинку протягом доби, систематичного недосипання, адаптації до нових кліматичних умов тощо. Згідно з літературними джерелами, донозологічна астенія описується як інформаційний невроз, синдром менеджера, синдром «білих комірців», синдром керівників, астенія у іноземців та спортсменів, ятрогенна астенія.

Клінічна типологія астенічних розладів визначається двома варіантами: гіпер-і гіпостенічним, а найхарактерніші клінічні

прояви астенії науковці поділяють на 4 групи:

- фізичні — м'язова слабкість, зниження витривалості;
- інтелектуальні — розлади уваги, зниження концентрації, порушення пам'яті та уваги;
- психологічні — відсутність упевненості, зниження мотивації;
- сексуальні — зниження лібідо та ерекції.

У хворих із гіперстенічною формою виявляється підвищена збудливість, виражена роздратованість; вони негативно реагують на незначний шум, розмови оточуючих людей, рухи навколо себе, масові заходи. Такі пацієнти часто кричать на близьких, співробітників; здатні образити співрозмовника, відрізняються значною нетерплячістю. Поряд з цим працездатність таких пацієнтів знижена, головним чином за рахунок їх незібраності, неухважності, нездатності зосередитися у зв'язку з первинною слабкістю активної уваги. У всіх хворих спостерігається порушення сну; пацієнт погано засинає, часто прокидається, переживаючи сновидіння, навіяні денними турботами. Часто такі хворі скаржаться на головний біль, загальну слабкість, погану пам'ять, неприємні відчуття в різних частинах тіла.

Для гіпостенічної форми притаманна виражена загальна фізична і психічна слабкість, млявість і пасивність, що часто набуває стійкого характеру. Хворі не здатні мобілізувати себе на робоче зусилля, вони постійно переживають стан великої втоми, пригнічені думками про свої соматичні відчуття. Фон настрою дещо тривожний, з відтінком смутку і пригніченням інтересів, знижений настрій має невротичний характер і відрізняється емоційною лабільністю. Часто спостерігаються іпохондричні скарги і фіксація хворих на своїх внутрішніх відчуттях.

Сучасна класифікація різних за походженням астенічних проявів ґрунтується на визначенні базисного патологічного стану, що впливає на патогенез і клініку того чи іншого астенічного симптомокомплексу, тому науковці виділяють органічну та функціональну астенію. Органічна астенія становить 45% і виникає на тлі хронічних, часто прогресуючих органічних неврологічних, психічних і соматичних захворювань (інфекційних, ендокринних, гематологічних, неопластичних, гепатологічних чинників, зловживання психотропними засобами тощо). Функціональна (реактивна) астенія (55% випадків) характеризується зворотністю патологічного процесу, оскільки виникає після або під час лікування різних патологічних станів.

Лікування

Традиційний підхід до лікування астенічних розладів передбачає використання як немедикаментозних методик, так і засобів фармакотерапії. У комплексному лікуванні значна роль відводиться психотерапевтичним методикам. У разі розвитку астенічного синдрому на тлі будь-якого захворювання за умов своєчасної діагностики відповідне лікування основного захворювання, як правило, сприяє зникненню або істотному зменшенню симптомів астенії.

Пацієнтам з астенією насамперед слід нормалізувати режим сну, менше часу проводити перед телевізором, монітором комп'ютера, за читанням газет/журналів. Рационально зменшити обсяг інформації, що надходить іззовні. Корисними є помірні фізичні навантаження: плавання, біг

та інші рухливі види спорту, бажано на свіжому повітрі. У разі неможливості займатися спортом дуже корисна тривала ходьба.

Важливою є й оптимізація раціону харчування: він повинен бути збалансованим за вмістом незамінних амінокислот, вітамінів і мінералів. Слід враховувати енергетичну цінність продуктів, хімічний склад, екологічну безпеку, тривалість прийому їжі та інтервали між ними.

Однією з основних методик, що застосовуються для лікування астенії, є раціональна психотерапія. Лікаря необхідно чітко, доступно і обґрунтовано розповісти пацієнтові про суть його захворювання; наголосити на його психогенній причині, відзначити, що в основі хвороби лежить не пошкодження, а лише дисфункція; змінити ставлення пацієнта до чинників, що можуть викликати тривогу і погіршення настрою, або допомогти пристосуватися до них. Важливу роль відіграє також підтримка рідних і друзів.

Медикаментозна корекція астенічних розладів є достатньо складним завданням і повинна ґрунтуватися на індивідуальному підході до кожного хворого. Під час лікування астенії використовують:

- загальнотонізуючі засоби рослинного походження;
- ноотропні препарати;
- нейропротектори;
- засоби метаболічної та ангіотропної дії;
- транквілізатори;
- антидепресанти;
- фізіотерапевтичні методи;
- санаторно-курортне лікування.

Серед фармакологічних засобів для відновлення працездатності в разі астенічного синдрому, підвищених фізичних навантажень особливе місце належить вітамінам. Їх втрата під час роботи або хронічна нестача в продуктах харчування призводять не лише до зниження працездатності, а й до розвитку різних патологічних станів. Найбільш раціональною є комплексна вітамінотерапія, що включає декілька вітамінів, але в дозах, відповідних добовим потребам організму (Нейрорубін-Форте Лактаб).

Вітамін В₁ необхідний для окислювального декарбокислювання кетокислот (пірвіноградної і молочної), синтезу ацетилхоліну; бере участь у вуглеводному обміні і пов'язаному з ним енергетичному, жировому, білковому, водно-сольовому обміні; чинить регулюючу дію на трофіку й діяльність нервової системи.

Останніми роками серед науковців і практичних лікарів суттєво зріс інтерес до використання бенфотіаміну. Згідно з даними наукових досліджень, завдяки жиророзчинності бенфотіамін має у 8-10 разів вищу біодоступність порівняно з водорозчинними солями тіаміну. Однак інші наукові дані свідчать про те, що бенфотіамін не слід відносити до ліпофільних сполук. Дослідники Центру клінічної і молекулярної нейробіології Університету Liege (Бельгія) стверджують, що бенфотіамін слабо розчинний у воді за рН ≤ 7,0 і не може розчинитись в октанолі та маслах (M.-L. Volvert et al. Benfotiamine, a synthetic S-acyl thiamine derivative, has different mechanisms of action and a different pharmacological profile than lipid-soluble thiamine disulfide derivatives. BMC Pharmacology 2008, 8:10doi:10.1186/1471-2210-8-10). Крім того, ці ж автори вивчали проникнення різних сполук тіаміну через мембрани культур. Були вибрані клітини нейробластоми мишей (Neuro 2a), оскільки раніше на прикладі таких клітин уже описували транспорт тіаміну, його метаболізм і недостатність. Клітини вирощувались у середовищі з вмістом



О.В. Клименко

тіаміну 7 нМ протягом 7 днів, після чого додавали бенфотіамін (1 мкМ) або водорозчинний тіамін (1 мкМ). Дослід показав, що тіамін проникає в клітини Neuro 2a швидше, ніж бенфотіамін. Період затримки може пояснюватися тим, що бенфотіамін спершу підлягає дефосфорилуванню екзофосфатазами до утворення жиророзчинного S-бензоїлтіаміду, який потім може проникати в клітини. Це дослідження довело, що бенфотіамін значно підвищує рівні тіаміну в крові та печінці, але не в мозку. Ураховуючи все вищезазначене, можна підсумувати, що ця проблема наразі остаточно не вирішена.

Вітамін В₆ відіграє важливу роль в обміні речовин; він необхідний для нормального функціонування центральної та периферійної нервової системи; бере участь у синтезі нейромедіаторів. У фосфорилуванні формі забезпечує процеси декарбокислювання, переамінування, дезамінування амінокислот; бере участь у синтезі білків, ферментів, гемоглобіну, простагландинів, обміні серотоніну, катехоламінів.

Вітамін В₁₂ бере участь у будівництві білкових і жирових структур захисного мієлінового шару. Одним з головних завдань вітаміну В₁₂ є продукція метіоніну, який впливає на розумову діяльність, формує позитивні емоції.

Перспективним є застосування комплексних препаратів вітамінів групи В, особливо в таблетованій формі, зручній для використання в амбулаторних умовах.

Під час вибору комплексу вітамінів групи В важливо керуватись тим, що:

- він повинен містити необхідні високі лікувальні дози вітамінів групи В, оскільки лише комбінація В₁, В₆, В₁₂ у високих лікувальних дозах має виражену нейротропну та антиноцицептивну дію (М. Эккерт, П. Шейбал, 2003);

- обов'язково повинен бути присутнім вітамін В₁₂, необхідний для синтезу білкових і жирових структур мієлінового шару; В₁₂ відповідає за синтез метіоніну, який впливає на розумову діяльність, формує позитивні емоції;

Таким вимогам відповідає саме Нейрорубін-Форте Лактаб (містить вітаміни В₁ — 200 мг, В₆ — 50 мг та В₁₂ — 1 мг). Завдяки спеціальній технології Форте Лактаб забезпечується стабільність компонентів, відсутність подразнення слизової шлунка та зручний прийом 1 р/добу.

- мати форму випуску, що забезпечує максимальну біодоступність вітамінів;
- мати зручний прийом — 1-2 рази на добу.

Отже, астенія з її поліморфною симптоматикою та втратою здатності до тривалого фізичного чи розумового навантаження є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення, особливо враховуючи розвиток астенічних розладів у період реконвалесценції в разі соматичних захворювань інфекційної та неінфекційної природи, що обумовлює подальший пошук ефективних методів лікування.

Список літератури знаходиться в редакції.

