

Астенический синдром в амбулаторной практике (клинические наблюдения)

К.м.н. Е.Ю. Эбзеева¹, профессор О.Д. Остроумова¹, к.м.н. И.Ф. Кроткова¹,
Н.М. Долдо², к.м.н. А.И. Халецкая³

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

²ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина», Москва

³ННГУ им. Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород

РЕЗЮМЕ

Астенический синдром (АС) — патологическое состояние, часто встречающееся в практике врачей первичного звена у пациентов на фоне различных соматических заболеваний. Основными клиническими проявлениями астении являются патологическая слабость и утомляемость, вне зависимости от предъявляемой организму нагрузки. Часто клиническая картина включает симптомы когнитивной дисфункции в виде снижения памяти и умственной работоспособности. Общепринятых единых рекомендаций по классификации и терапии АС не существует. При этом широкая распространенность данного патологического состояния и его негативное влияние на течение фонового соматического заболевания, прогноз и качество жизни пациента определяют необходимость своевременного выявления и лечения астении. В статье представлены два клинических наблюдения развития АС у пациентки 37 лет на фоне перенесенной внебольничной пневмонии и у пациента 26 лет с хроническим гастритом, у которого купирование симптомов соматического заболевания не сопровождалось исчезновением симптомов астении. В обоих случаях курсовое (в течение 1 мес.) медикаментозное лечение АС препаратом Проспекта®, обладающим ноотропным, антиастеническим действием, характеризовалось положительной динамикой состояния пациентов в виде регресса симптомов астении и улучшения когнитивных функций.

Ключевые слова: астения, постинфекционный астенический синдром, когнитивная дисфункция, клиническое наблюдение, лечение, Проспекта.

Для цитирования: Эбзеева Е.Ю., Остроумова О.Д., Кроткова И.Ф., Долдо Н.М., Халецкая А.И. Астенический синдром в амбулаторной практике (клинические наблюдения). РМЖ. 2023;1:1-6.

ABSTRACT

Asthenic syndrome in outpatient practice (clinical case)

E.Yu. Ebzeeva¹, O.D. Ostroumova¹, I.F. Krotkova¹, N.M. Doldo², A.I. Khaletskaya³

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

²Central Clinical Hospital "RZD-Medicsina", Moscow

³Lobachevsky University, Nizhny Novgorod

Asthenic syndrome is a pathological condition of patients with various somatic diseases, commonly found in the practice of primary care physicians. The main clinical manifestations of asthenia are pathological muscle weakness and fatigue, regardless of the body burden. Commonly, the clinical picture includes symptoms of a mild cognitive impairment in the form of a slight decline in mental abilities, like memory and completing complex tasks. There are no generally accepted unified recommendations for the classification and therapy of asthenic syndrome. At the same time, the wide prevalence of this pathological condition and its negative effect on the course of underlying somatic disease, prognosis and life quality of the patient determine the need for timely detection and asthenia treatment. The article presents two clinical cases of the asthenic syndrome development in a 37-year-old female patient with community-acquired pneumonia and in a 26-year-old male patient with chronic gastritis, in whom the relief of somatic disease symptoms was not accompanied by the absence of asthenia symptoms. In both cases, the course (within 1 month) of asthenic syndrome treatment with Prospekta® (with nootropic and antiasthenic effect) was characterized by positive trend of the patients' condition in the form of asthenia symptoms regression and cognitive functions improvement.

Keywords: asthenia, post-viral asthenic syndrome, cognitive dysfunction, clinical case, treatment, Prospekta.

For citation: Ebzeeva E.Yu., Ostroumova O.D., Krotkova I.F., Doldo N.M., Khaletskaya A.I. Asthenic syndrome in outpatient practice (clinical case). RMJ. 2023;1:1-6.

Введение

Астенический синдром (АС) представляет собой патологическое состояние, проявляющееся общей слабостью и повышенной утомляемостью разной степени выраженности, вне зависимости от характера физической нагрузки, в сочетании с большим разнообразием неспецифических жалоб со стороны пациента [1].

Астения, являясь клиническим проявлением энергетического дефицита в организме, характеризуется несоот-

ветствием выраженности слабости, усталости затраченным усилиям и невозможностью функциональной активности на прежнем уровне (феномен нетолерантности к привычным действиям) [2].

В качестве этиологических факторов астении могут выступить стресс, соматические заболевания, в том числе неврологические и психические, а также различные инфекции [3]. Астения, возникшая на фоне или после перенесенного инфекционного процесса, классифици-

руется как постинфекционный астенический синдром (ПИАС) [4].

Встречаемость АС у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями в амбулаторной практике варьирует от 45 до 90%, у пациентов с острым патологическим процессом составляет 55% [5]. ПИАС встречается у 65% пациентов, при этом острые респираторные вирусные инфекции в качестве причины ПИАС выступают в 75% случаев [6].

Несмотря на широкую распространенность АС в практике врачей первичного звена, ввиду отсутствия специфических жалоб в 20% случаев заболевание остается не выявленным, что оказывает дополнительное неблагоприятное влияние на состояние здоровья и качество жизни пациента [6].

Классификация. Общепринятой классификации АС не существует. Наряду с этим принято выделять первичную и вторичную астении. Первичная астения встречается у людей со следующими конституциональными особенностями: высокий рост, удлинённые конечности, низкая масса тела, дисплазия соединительной ткани, плохая переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок [7].

Вторичная астения — патологический синдром, развивающийся на фоне заболеваний внутренних органов, как хронических, так и острых, в том числе инфекционной природы [5]. В случае возникновения вторичной астении на фоне хронической соматической патологии речь идет о ее органической форме, при развитии астении у пациентов с острым заболеванием говорят о функциональной форме вторичного АС.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра¹ АС в зависимости от причины может классифицироваться, например, как недомогание и утомляемость (R53), синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни (G93.3).

Функциональная форма астении — кратковременное, обратимое состояние, отражающее процесс восстановления после дистресса (физического или психологического). Сохранение слабости, повышенной утомляемости более 1 мес. носит патологический характер и отражает истощение компенсаторных механизмов организма с развитием органической формы АС [2].

Патогенетические аспекты АС. В основе развития АС лежат несколько взаимосвязанных патогенетических механизмов, среди которых важную роль играет стресс-индуцированная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с изменением гормонального фона и функционального состояния органов-мишеней соответственно. Симпатоадреналовая система обеспечивает защитную реакцию организма в любой стрессовой ситуации через обеспечение максимальной физической активности по принципу «нападай или убегай», что сопровождается повышенным расходом энергетических ресурсов [2].

Также имеет место дисфункция ретикулярной формации ствола мозга, отвечающей за такие важные процессы, как бодрствование и сон, концентрация внимания, общая и мышечная активность, функция вегетативной нервной системы [1].

Большое значение в патогенезе развития АС играют инфекционно-иммунные факторы. Вследствие интоксикации микробными токсинами или продуктами метаболиз-

ма организма нарушаются процессы энергообразования на уровне митохондрий клеток [6, 8]. Нарушение митохондриальных окислительно-восстановительных процессов способствует образованию свободных радикалов, стимуляции процессов перекисного окисления липидов, дисфункции эндотелиоцитов, гипоперфузии и гипоксии органов и тканей, прогрессированию апоптоза и приводит к неполноценному иммунному ответу [2, 6].

Вышеперечисленные патогенетические механизмы не только способствуют развитию АС, но и являются определяющими патогенетическими аспектами развития коморбидной патологии или ухудшения течения фонового соматического заболевания, неблагоприятно влияя на прогноз и качество жизни пациента.

Клиника АС не имеет патогномичных симптомов, что затрудняет его выявление, несмотря на широкую распространенность. Пациенты с АС предъявляют большое количество неспецифических жалоб, среди которых можно выделить симптомы физического (повышенная утомляемость, истощаемость, мышечная слабость) и психоэмоционального (чувство внутреннего напряжения, повышенная раздражительность, возбудимость) характера. Часто в клинике АС встречаются симптомы когнитивной дисфункции (снижение внимания и памяти, умственной работоспособности). Большое значение имеет стойкое нарушение сна в виде затруднения процесса засыпания, ночных пробуждений, снижения качества сна. Ночная бессонница может сочетаться с дневной сонливостью, что оказывает дополнительное негативное влияние на здоровье и качество жизни пациента. Состояние пациента с АС может усугубляться наличием таких неспецифических жалоб, как головные боли напряжения, несистемное головокружение, миалгии [6].

В зависимости от особенностей клинических проявлений различают гиперстеническую и гипостеническую формы АС. Гиперстеническая астения характеризуется повышенной возбудимостью в ответ на различные раздражители и проявляется эмоциональной лабильностью, суетливостью, чувством внутреннего напряжения и бессонницей. Для гипостенической формы характерна сниженная реакция на различные раздражители, что клинически проявляется сонливостью, выраженной слабостью, апатичностью [1].

Первые симптомы ПИАС возникают, как правило, через 1–2 нед. после инфекционной болезни и сохраняются обычно в течение 1–2 мес. [1, 6]. ПИАС на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 отмечают почти в 100% случаев, он может возникнуть с первых дней заболевания и сохраняться более 100 дней [9]. Если первопричина ПИАС имела вирусное происхождение, то возможны периоды колебания температуры [1, 10, 11].

Объективно клиническая картина АС проявляется вегетативной дисфункцией разной степени выраженности [2].

Выделяют три степени тяжести АС. При легкой степени АС проявляется преимущественно симптомами физического характера в виде общей слабости, истощаемости. Средняя степень тяжести АС характеризуется усилением физических симптомов, появлением болевого синдрома в виде краниалгии, миалгии. Нарушения сна, как правило, не выражены. Тяжелая степень АС проявляется невозможностью выполнения любой физической или умственной

¹ МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра (Электронный ресурс.) URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 27.06.2023).

нагрузки и стойкими нарушениями сна с тревожными сновидениями [6].

Диагностика АС основана на комплексной оценке жалоб, клинико-anamnestических данных и проведении дифференциальной диагностики с целью исключения других объективных причин ухудшения состояния. Наряду с учетом жалоб, клиники и данных объективного осмотра в практической медицине широко используются субъективные шкалы: Субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20) [12], Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой (на основе Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)² и Шкала оценки градации тяжести усталости (Fatigue Severity Scale, FSS)³.

Важно дифференцировать АС с синдромом хронической усталости (СХУ), особенно в случае развития хронической астении (сохраняющейся более 6 мес.). СХУ — самостоятельное заболевание, диагностируемое методом исключения, на основании диагностических критериев: Оксфордских и Центров по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention)⁴ [2, 13]. Больше значение при дифференциальной диагностике СХУ и АС имеют симптомы — «красные флаги»: легкая лихорадка или озноб, торакалгии, артралгии, лимфоаденопатия и локальная болезненность лимфатических узлов [13]. Диагноз СХУ устанавливается в случае нарастающей хронической усталости в сроки не менее 6 мес., снижающей работоспособность пациента более чем на 50% от исходного уровня [2, 13].

У пациентов с АС важно исключить развитие тревожно-депрессивных расстройств. С этой целью можно использовать субъективные диагностические шкалы для тревоги и депрессии, в том числе Госпитальную шкалу для тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)⁵. **Лечение АС.** Единых рекомендаций по лечению пациентов с АС в настоящее время не разработано. При этом возникающие и сохраняющиеся симптомы астении, проявляющиеся многочисленными жалобами неспецифического характера, способствуют дальнейшему ухудшению состояния пациента и снижению качества его жизни. АС может служить фоном для развития коморбидных тревожно-депрессивных расстройств, СХУ или присоединения инфекции на фоне снижения активности иммунной системы. АС ухудшает течение фоновой патологии вследствие влияния на патогенетические механизмы, лежащие в основе развития астении и определяющие высокий уровень коморбидности.

Широкая распространенность АС и его значимость в практической медицине определяют необходимость своевременного выявления астении и назначения комплексной терапии с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Немедикаментозное лечение, в первую очередь, заключается в назначении индивидуально подобранного режима физической активности. По результатам анализа рандо-

мизированных контролируемых исследований, лечение дозированной физической нагрузкой в течение 3 мес. сопровождалось достоверным уменьшением общей слабости и утомляемости [14]. Сочетание физической нагрузки с лечебной гимнастикой, массажем, плаванием и психотерапией повышало эффективность лечения [15].

Медикаментозная терапия предполагает назначение эффективного препарата с хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности. В связи с тем, что современный пациент — это, как правило, коморбидный или полиморбидный пациент, важно использовать препарат мультимодальным механизмом действия, сочетающий антиастенический и ноотропный эффекты, с учетом основных клинических проявлений АС.

Вариантом оптимального лекарственного средства, соответствующего вышеуказанным требованиям, для лечения АС, особенно у коморбидных пациентов, является препарат Проспекта®, разработанный в ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», который оказывает выраженное антиастеническое и ноотропное действие⁶.

Препарат Проспекта® разработан на основе технологически обработанных аффинно очищенных модифицированных антител к мозгоспецифическому белку S-100 — 10 000 единиц модифицирующего действия. Препарат повышает устойчивость тканей мозга к гипоксии и токсическим воздействиям, обладает мембраностабилизирующим, антиоксидантным действием⁶. Подтверждением заявленных эффектов препарата Проспекта® могут считаться полученные в двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном клиническом исследовании статистически значимые по сравнению с плацебо-терапией различия в изменении среднего балла шкалы FSS через 4 нед. лечения пациентов с астенией ($p=0,0016$) [16].

Представляем два клинических наблюдения успешного лечения АС, развившегося после острого инфекционного заболевания (ПИАС) и на фоне соматического заболевания, которые демонстрируют эффективность и безопасность препарата Проспекта® в данных клинических ситуациях.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка И., 37 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 38,7 °С, сопровождающееся ознобом и потливостью, малопродуктивный кашель с отхождением мокроты желтого цвета, одышку и учащение сердцебиения при физической нагрузке, дискомфорт в правой половине грудной клетки, нарушение сна (поверхностный сон, частые пробуждения среди ночи).

Анамнез заболевания: заболела 4 дня назад, когда появились вышеперечисленные жалобы, после переохлаждения (накануне болезни попала под сильный дождь).

Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечает острые ре-

² Тесты по психологии личности. Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой. (Электронный ресурс.) URL: https://psycabi.net/testy/129-test-dlya-diagnostiki-astenii-shkalaastenicheskogo-sostoyaniya-shas-l-d-malkovoj_ (дата обращения: 27.05.2023).

³ Шкала FSS. Степень усталости (Электронный ресурс.) URL: <https://med39.ru/test/fss.html> (дата обращения: 27.05.2023).

⁴ Chronic Fatigue Syndrome. Centers for Disease Control and Prevention, Alanta, USA (Электронный ресурс.) URL: <http://www.cdc.gov/cfs/health-careprofessionals.htm> (дата обращения: 27.05.2023).

⁵ Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS (Электронный ресурс.) URL: <https://psytests.org/depr/hads.html> (дата обращения: 27.05.2023).

⁶ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Проспекта® (Электронный ресурс.) URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=6ceaf531-7a16-434a-9c31-85d91c7f80ce (дата обращения: 27.05.2023).

спираторные вирусные заболевания 1–2 раза в год. Работает преподавателем в школе. Профессиональные вредности, вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез без особенностей, имеет двоих детей. Наследственность отягощена: у матери эссенциальная артериальная гипертензия.

Данные физикального осмотра при обращении: рост 165 см, масса тела 63 кг, (индекс массы тела 23 кг/м²). Кожные покровы чистые, горячие, температура тела 38,3 °С. Лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) в покое 24 в 1 мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Пальпаторно справа определяется усиление голосового дрожания до угла лопатки, укорочение перкуторного звука. При аускультации: слева — везикулярное дыхание, справа до уровня угла лопатки — бронхиальное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия (частота сердечных сокращений (ЧСС) 100–110 в 1 мин), артериальное давление (АД) 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, размеры печени и селезенки в пределах нормы. Неврологический статус без отклонений. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

В общем анализе крови: эритроциты 3,8 млн, гемоглобин 12,4 г%, гематокрит 36%, цветовой показатель 0,85, лейкоциты 12,6 тыс. (палочкоядерные 6%, сегментоядерные 78%), лимфоциты 12%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, моноциты 2%, СОЭ 36 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) +++; рО₂ 90%, рСО₂ 40% (капиллярная кровь).

Общий анализ мокроты: характер слизисто-гнойный, консистенция вязкая, лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов, атипичных клеток нет. Спираль Куршмана, кристаллы Шарко — Лейдена, эластичные волокна не обнаружены. Микроскопия мокроты и посев на БК — отрицательные. При окраске по Граму в мокроте обнаружены грамположительные диплококки.

Анализ мочи: удельный вес 1018, белка, глюкозы нет; лейкоциты 1–1–2 в поле зрения, эритроциты 0–0–1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин 73 мкмоль/л (скорость клубочковой фильтрации 86 мл/мин/1,73 м²), все остальные показатели в пределах референсных значений.

Электрокардиография (ЭКГ): ритм синусовый с частотой 96 уд/мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация легочной ткани в области нижней доли правого легкого. На основании данных клинической картины и лабораторных показателей (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ; слизисто-гнойный характер мокроты, наличие в мокроте грамположительных диплококков), данных рентгенологического исследования органов грудной клетки (инфильтрация легочной ткани) пациентке был выставлен **клинический диагноз:** внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония. Степень тяжести пневмонии по Шкале CURB-65 соответствовала 0 баллов.

В связи с отсутствием показаний к госпитализации пациентки в стационар в соответствии с клинически-

ми рекомендациями по лечению внебольничной пневмонии у взрослых⁷ назначено лечение в амбулаторных условиях: антибактериальная терапия (цефдиторен по 200 мг 2 р/сут), пробиотик для профилактики развития дисбиотических изменений в кишечнике, симптоматическая терапия (отхаркивающие, жаропонижающие (при температуре тела выше 38,5 °С), обильное питье, охранительный режим).

На 5-й день комплексной терапии отмечены нормализация температуры тела, уменьшение кашля, на 9-й день — нормализация лабораторных показателей. Аускультативно во всех отделах легких выслушивалось везикулярное дыхание. Продолжительность курса антибактериальной терапии составила 14 дней.

Однако, несмотря на положительную динамику и эффективное купирование воспалительного процесса в легочной ткани, у пациентки сохранялись жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, бессонницу. Кроме того, пациентка отметила появление рассеянности, снижение физической работоспособности, концентрации внимания. Вышеперечисленные жалобы делали невозможным даже минимальные физические и умственные нагрузки, снижали качество жизни, негативно сказывались на настроении.

Проведена оценка состояния пациентки на наличие и выраженность АС по шкале MFI-20: суммарный балл — 45, оценка по субшкалам общей астении и физической астении — 16 и 18 баллов соответственно. Результаты проведенной оценки свидетельствуют о наличии умеренно выраженного АС.

При оценке психического статуса на выявление тревоги и депрессии с помощью Госпитальной шкалы HADS данных за тревожно-депрессивное расстройство не получено (тревога — 6 баллов, депрессия — 5 баллов).

С целью лечения выявленной астении пациентке был назначен препарат Проспекта® по схеме: 1 таблетка 2 р/сут (держат в рту, не проглатывая, до полного растворения, вне зависимости от приема пищи) в течение 4 нед. Назначенное лечение пациентка переносила хорошо.

Через 1 нед. приема препарата пациентка отметила значимое улучшение самочувствия, повышение физической активности, работоспособности. К 10-му дню лечения, со слов пациентки, восстановился сон, улучшилась память, полностью исчезла рассеянность. При повторной оценке состояния по шкале MFI-20 суммарный балл составил 28, оценки по субшкалам общей астении и физической астении — 7 и 9 баллов соответственно. Проведенный 4-недельный курс лечения препаратом Проспекта® купировал АС и позволил пациентке полностью восстановиться и вернуться к прежней активности.

Клиническое наблюдение 2

Пациент В., 26 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на боли в эпигастрии, преимущественно в ночное время, снижение аппетита, общую слабость, повышенную утомляемость, эмоциональную лабильность, расстройство сна (пробуждение среди ночи, тревожные сновидения).

Из анамнеза: вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 1 нед. Из вредных привычек отмечает курение до 5 сигарет в день. Аллергологический анамнез не отягощен.

⁷ Клинические рекомендации. Пневмония (внебольничная). 2022. (Электронный ресурс.) URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/714_1 (дата обращения: 27.05.2023).

Наследственностьотягощена: у отца язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык влажный, обложен белесоватым налетом, с отпечатками зубов. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Неврологический статус: без патологической симптоматики.

Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 26 в 1 мин; тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в 1 мин, АД 111/75 мм рт. ст. Пальпаторно: живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области; печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В анализах крови: эритроциты 4,4 млн, гемоглобин 12,5 г%, гематокрит 38%, цветовой показатель 0,85, лейкоциты 5,7 тыс. (п/я 4%, с/я 56%), лимфоциты 36%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, моноциты 2%, СОЭ 26 мм/ч, СРБ +; рО₂, 92%, рСО₂ 40% (капиллярная кровь).

Общий анализ мочи: без патологии.

При рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС): в желудке натошак небольшое количество светлой жидкости с примесью слюны и слизи. Слизистая желудка обычной окраски. Складки продольно извитые, среднего калибра, хорошо расправляются воздухом. Рельеф сохранен. Угол желудка острый. Перистальтика активная. В антральном отделе желудка множественные острые плоские эрозии. При осмотре в режиме i-scan структура слизистой и сосудистый рисунок сохранены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. Заключение: эрозивный гастрит. Проведена биопсия слизистой. Результат исследования на *Helicobacter pylori*: не выявлен.

На основании клинико-anamnestических данных, результатов инструментального исследования пациенту выставлен диагноз острого эрозивного гастрита и назначено комплексное лечение в соответствии с современными клиническими рекомендациями по лечению гастрита и дуоденита⁸, включающее базисную антисекреторную терапию с применением ингибиторов протонной помпы (омепразол в суточной дозе 20 мг) и ребамипид (в суточной дозе 300 мг) на 4 нед.

С 3-го дня лечения пациент отметил улучшение самочувствия на фоне уменьшения выраженности боли. На 10-й день боли в эпигастрии прекратились, отмечалось повышение аппетита. На 14-й день, на фоне продолжающейся терапии, проведена повторная ЭГДС: диффузный гастрит в стадии полной ремиссии. Курс лечения эрозивного гастрита составил 4 нед. с хорошим терапевтическим эффектом и последующей отменой препаратов.

Несмотря на эффективное лечение, у пациента молодого возраста сохранялись жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, бессонницу с тревожными сновидениями. Со слов пациента, сон не сопровождался ожидаемым восстановлением сил. Перечисленные жалобы значительно ухудшали качество жизни и продлевали состояние нетрудоспособности пациента.

Проведены повторные лабораторные исследования крови для исключения анемии, нарушений функции щитовидной железы — все показатели в пределах нормальных значений. Данные ЭКГ без отклонений.

Проводилась оценка состояния по шкале MFI-20: суммарный балл составил 54, по субшкалам: общая астения — 15 баллов, физическая астения — 14 баллов, пониженная активность — 17 баллов. Оценка по госпитальной шкале HADS нарушений состояния не выявила (тревога — 5 баллов, депрессия — 6 баллов).

С учетом наличия у пациента выраженного вторичного АС, возникшего вследствие соматического заболевания, была назначена терапия препаратом Проспекта® по 1 таблетке 2 р/сут в течение 4 нед., с наблюдением за состоянием в динамике. Уже через 5 дней уменьшились слабость, утомляемость. К концу курса лечения у пациента восстановился сон, улучшилось общее самочувствие, восстановилась работоспособность как физическая, так и умственная. При повторной оценке астенического синдрома по шкале MFI-20 суммарный балл составил 29.

Обсуждение

Представленные клинические наблюдения иллюстрируют развитие вторичного АС. Применительно к первому клиническому наблюдению целесообразно отметить, что ПИАС, возникший в результате инфекционного заболевания, может стать самостоятельной причиной вторичного инфицирования из-за неполноценности иммунного ответа (нарушение продукции интерферона, снижение уровня NK-клеток и Т-клеток в условиях энергодиффицита) [6]. Данный факт еще раз подтверждает, с одной стороны, важную роль в развитии ПИАС как инфекционных агентов, так и иммунного механизма, с другой стороны — необходимость своевременного выявления и лечения астении.

По результатам метаанализа многочисленных исследований, наиболее частым симптомом ПИАС на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, наряду со слабостью, были когнитивные расстройства в виде нарушения концентрации внимания и памяти, субъективно ощущаемые пациентом как «туман в голове» [17]. Среди пациентов с ПИАС снижение концентрации внимания отмечали 82% обследованных, нарушения памяти — 62% [18]. Более того, результаты метаанализа исследований продемонстрировали, что при отсутствии лечения когнитивные нарушения сохранялись в течение 18 мес. без тенденции к самостоятельному регрессу [19]. В этой связи назначение препарата Проспекта®, обладающего выраженным антиастеническим и ноотропным эффектами и имеющего высокий профиль безопасности, представляет исключительный интерес в аспекте терапии АС. Многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование подтверждает терапевтическую эффективность и безопасность применения препарата Проспекта® в лечении астении и когнитивных нарушений [16].

Второе клиническое наблюдение является примером развития вторичной астении на фоне соматической патологии. Особенность случая — развитие выраженной астении у пациента молодого возраста и неэффективность проводимой соматотропной терапии в отношении АС. То есть эффективное лечение фоновой патологии, запустившей АС, не сопровождалось купированием астении. Проявления вторичного АС также сочетали в себе симптомы слабости, повышенной утомляемости и когнитивных нарушений. В данном случае лечение препаратом

⁸ Клинические рекомендации. Гастрит и дуоденит. 2021. (Электронный ресурс.) URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/708_1 (дата обращения: 27.05.2023).

Проспекта® продемонстрировало высокую антиастеническую, ноотропную эффективность и безопасность в отношении АС у пациента молодого возраста с соматической патологией.

В практической медицине пациенты врачей первичного звена в большинстве своем коморбидные, имеющие умеренные когнитивные нарушения с тенденцией к прогрессированию [20, 21]. В связи с этим приоритетным направлением является улучшение когнитивных функций. Результаты многоцентровой открытой наблюдательной проспективной программы продемонстрировали высокую эффективность и безопасность применения препарата Проспекта® в терапии умеренных когнитивных нарушений и астении у коморбидных пациентов с цереброваскулярной патологией. У 93% пациентов на фоне терапии данным препаратом в течение 8 нед. отмечено улучшение когнитивных функций с их полным восстановлением в 50% случаев. При оценке когнитивных функций по Монреальской шкале оценки когнитивных функций прирост среднего суммарного балла составил 14% ($p < 0,05$) [22]. Улучшению когнитивных функций сопутствовало уменьшение выраженности АС. Данное исследование еще раз подтверждает как ноотропный эффект препарата Проспекта®, так и самостоятельный антиастенический эффект лекарственного средства.

Важно указать, что благодаря влиянию на все уровни организации нейронных систем — клеточный, межклеточный, структурный и системный — препарат Проспекта® проявляет эффективность даже в тех случаях, когда лечение другими ноотропными и антиастеническими препаратами нерезультативно. В целом полученные ранее данные и представленный опыт свидетельствуют о том, что включение препарата Проспекта® в терапию пациентов молодого и среднего возраста с АС на фоне соматической патологии, коморбидных пациентов способствует повышению физической и умственной работоспособности, уменьшает выраженность симптомов астении, обеспечивает коррекцию когнитивных нарушений как в монотерапии, так и в комплексной терапии, что в свою очередь благоприятно сказывается на течении основного соматического заболевания.

Заключение

Таким образом, представленные в настоящей статье клинические наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности препарата Проспекта® в терапии АС у коморбидных пациентов молодого и среднего возраста вне зависимости от причины, послужившей причиной развития АС. Хорошая переносимость препарата и отсутствие нежелательного межлекарственного взаимодействия обеспечивают комплаентность пациента и позволяют рекомендовать применение данного препарата в медицинской практике.

ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» покрыло расходы, связанные с публикацией статьи. Препарат Проспекта® — коммерческий препарат, производимый ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ». Патенты на технологию, которая использована для изготовления препарата Проспекта®, принадлежат основателю ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ».

Литература

1. Дюкова Г.М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2012;1:40–45. [Dyukova G.M. Asthenic syndrome: problems of diagnosis and therapy. Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psikiatriya. 2012;1:40–45 (in Russ.).]
2. Васенина Е.Е., Ганькина О.А., Левин О.С. Стресс, астения и когнитивные расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(5):23–29. DOI: 10.17116/jnevro202212205123.
3. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Астенические расстройства. История и современность. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(6):131–136. [Chutko L.S., Surushkina S.Yu. Asthenic disorders. History and modernity. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2020;120(6):131–136 (in Russ.).] DOI: 10.17116/jnevro2020120061131.
4. Зуева И.Б., Ким Ю.В., Сулова М.Ю. Постинфекционная астения у пациентов, перенесших COVID-19 на амбулаторном этапе. Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2022;10(33.1):24–30. [Zueva I.B., Kim Yu.V., Suslova M.Yu. Post-viral asthenia in patients with COVID-19 who received outpatient care. International Heart and Vascular Disease Journal. 2022;10(33.1):24–30 (in Russ.).] DOI: 10.24412/2311-1623-2022-33.1-24-30.
5. Немкова С.А. Современные принципы лечения постинфекционных астенических состояний у детей. РМЖ. 2016;6:368–372. [Nemkova S.A. Modern principles of treatment of post-infectious asthenic conditions in children. RMJ. 2016;6:368–372 (in Russ.).]
6. Эбзеева Е.Ю., Остроумова О.Д., Миронова Е.В. Эффективность и безопасность применения Милдроната при постинфекционном астеническом синдроме (клинические примеры). Медицинский алфавит. 2020;(2):61–66. [Ebzeeva E.Yu., Ostroumova O.D., Mironova E.V. Efficacy and safety of Mildronate in treatment of postinfectious asthenic syndrome (clinical examples). Medical alphabet. 2020;(2):61–66 (in Russ.).] DOI: 10.33667/2078-5631-2020-2-61-66.
7. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача. РМЖ. 2016;13:824–829. [Kotova O.V., Akarachkova E.S. Asthenic syndrome in neurological and family doctor practice. RMJ. 2016;13:824–829 (in Russ.).]
8. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М.: Медгиз; 1961:5–15. [Bamdass B.S. Asthenic conditions. Moscow: Medgiz; 1961:5–15 (in Russ.).]
9. Васенина Е.Е., Верюгина Н.И., Левин О.С. Постинфекционная астения и COVID-19. Терапия. 2021;9(51):125–136. [Vaseniina E.E., Veruygina N.I., Levin O.S. Post-infectious asthenia and COVID-19. Therapy. 2021;9(51):125–136 (in Russ.).] DOI: 10.18565/therapy.2021.9.125-136.
10. Ларина В.Н., Захарова М.И., Беневакая В.Ф. и др. Острые респираторные вирусные инфекции и грипп: этиология, диагностика и алгоритм лечения. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;9(1):18–23. [Larina V.N., Zakharova M.I., Benevskaya V.F. et al. Acute respiratory viral infections and influenza: etiology, diagnosis and treatment algorithm. RMJ. Medical Review. 2019;9(1):18–23 (in Russ.).]
11. Молочный В.П., Протасеня И.И., Гладких Р.А. Острые респираторные вирусные инфекции у детей: методические рекомендации. 2018;4–5. [Molochny V.P., Protaseniya I.I., Gladkikh R.A. Acute respiratory viral and infections in children: guidelines. 2018;4–5 (in Russ.).]
12. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res. 1995;39(3):315–325. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-0.
13. Fukuda K., Straus S.E., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med. 1994;121(12):953–959. DOI: 10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009.
14. Fulcher K.Y., White P.D. Strength and physiological response to exercise in patients with chronic fatigue syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000;69(3):302–307. DOI: 10.1136/jnnp.69.3.302.
15. Moss-Morris R., Sharon C., Tobin R., Baldi J. C. A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. J. Health Psychol. 2005; 10 (2): 245–25913.
16. Остроумова О.Д., Эбзеева Е.Ю., Полякова О.А. и др. Терапия астении у пациентов после острой новой коронавирусной инфекции (COVID-19): результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. Терапия. 2022;8(8):146–157. DOI: 10.18565/therapy.2022.8.146-157.
17. Lopez-Leon S., Wegman-Ostrosky T., Perelman C. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2021;11(1):16144. DOI: 10.1038/s41598-021-95565-8.
18. Fukuda K., Straus S.E., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. Ann Intern Med. 2021;121(8):147–152. DOI: 10.17116/jnevro2021121081147.
19. Ickmans K., Meeus M., Kos D. Cognitive performance is of clinical importance, but is unrelated to pain severity in women with chronic fatigue syndrome. Clin Rheumatol. 2013;32(10):1475–1485. DOI: 10.1007/s10067-013-2308-1.
20. Iadecola C., Dering M., Hachinski V. Vascular Cognitive Impairment and Dementia: JACC Scientific Expert Panel. J Am Coll Cardiol. 2019;73(25):3326–3344. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.04.034.
21. Alzheimer's Association 2018 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2018;14:367–429. DOI: 10.1016/j.jalz.2018.02.001.
22. Шварцман Г.И., Скоромец А.А., Живолупов С.А. и др. Терапия умеренных

когнитивных нарушений и астении у пациентов с цереброваскулярной патологией: результаты многоцентровой открытой проспективной наблюдательной программы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(8):82–88. [Shvartsman G.I., Skoromets A.A., Zhivolupov S.A. et al. Therapy of moderate cognitive impairment and asthenia in patients with cerebrovascular pathology: results of a prospective observational study. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2022;122(8):88–94 (in Russ.). DOI: 10.17116/jnevro202212208182.