

АГАСТРАЛЬНАЯ АСТЕНИЯ

В.Е. Волков, проф., А.В. Голенков, проф., С.В. Волков, проф.
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
E-mail: golenkovav@inbox.ru

Дана общая оценка особенностей клинического течения агастральной астении, частоты ее развития. Из клинических проявлений исследованы психосоматические и психические симптомы, преобладающие у некоторых больных.

Ключевые слова: агастральная астения, полное удаление желудка, астено-депрессивный синдром.

Среди анализируемых в отдаленном периоде нарушений функционального характера, наблюдающихся после полного удаления желудка (гастрэктомия) по поводу рака, особое место занимает агастральная астения. Термин «агастральная астения» предложил А.А. Бусалов (1949) [1] (агастральная – отсутствие желудка как органа и в этом – главный источник формирования патологического состояния). Что касается термина «астения», то он отражает в самом широком смысле слабость организма, развивающуюся в результате нарушения различных физиологических процессов (обмен веществ, нарушение нервной и эндокринной регуляции, ослабление психической деятельности и др.).

С каждым годом во всем мире, в том числе в России, увеличивается число выполняемых по поводу рака желудка гастрэктомий, нередко – в сочетании с удалением или резекцией соседних органов (спленэктомия, резекция поджелудочной железы и др.). Одновременно увеличивается 5-летняя выживаемость больных. Несмотря на то, что гастрэктомия является одной из самых тяжелых и травматичных в абдоминальной хирургии операций, по сути дела – вынужденной по онкологическим соображениям и в определенной степени калечащей, в настоящее время она становится стандартной при раке желудка, позволяющей обеспечить радикализм при удалении раковой опухоли и ее регионарных метастазов. После выписки из стационара у этой категории больных в разные сроки возникают различные по тяжести патологические синдромы, включая нервно-психические расстройства. Это и то, что многие прооперированные больные становятся нетрудоспособными, – придает данной патологии не только медицинское, но и важное социальное значение [2–4, 6–9].

В связи с приведенными причинами настоятельно необходимо изучать патогенез этих нарушений, систематизировать их и клинически оценивать, а также разрабатывать и совершенствовать методы их ранней диагностики, что позволило бы значительно улучшить результаты лечения таких больных.

За период с 1972 по 2013 г. на кафедре хирургических болезней Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова выполнено 368 гастрэктомий по поводу рака желудка I–IV стадий. Из этих больных клиническое и специальное обследование (рентгенография, эндоскопия пищевода и тонкой кишки, определение иммунологических показателей и др.) прошли 283 (76,9%) в разные сроки – от 2 мес до 10 лет и более после операции. Обследование не проходили больные с рецидивом рака (метастазы в печень, легкие и др.).

Из 283 пациентов ведущие патологические синдромы, обусловленные гастрэктомией, были выявлены у 261 (92,2%). В основном это были больные от 41 до 60 лет, в том числе 166 (63,6%) мужчин и 95 (36,4%) женщин. Агастральная астения выявлена у 45 (17,2%) обследованных: у 19 мужчин и 26 женщин. С большой частотой выявлялись еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь (у 62,2% пациентов), демпинг-синдром (у 41,8%), анемия (у 36,4%), дефицит массы тела (истощение) – у 78,6%, метаболические нарушения и др. В 88,9% случаев отмечено сочетание у одного и того же больного 2 или нескольких патологических синдромов.

У большинства больных (38 человек) с агастральной анемией соматический компонент преобладал над психическим, отчетливо проявлялась астенизация личности. У остальных 7 больных наблюдались клинические симптомы, патогномичные для астено-депрессивного синдрома. Изменения со стороны психоэмоциональной сферы были более выраженными в первые 1–2 года после операции, затем их интенсивность постепенно уменьшалась.

Как показало исследование, у некоторых больных среди клинических проявлений постгастрэктомических синдромов психосоматические и психические симптомы могут преобладать. Часто отмечались подавленное настроение, иногда дохо-

дящее до депрессии, постоянная тревога, связанная с состоянием здоровья, боязнь рецидива рака. В клинической симптоматологии у этих больных на первый план выступали эмоциональная неустойчивость, раздражительность, склонность к слезливости, снижение круга жизненных интересов вплоть до перехода в тревожно-мнительное состояние.

Речь идет по существу о тяжелых больных, получающих после выписки из стационара инвалидность I группы. Они почти постоянно испытывают страх рецидива рака, неминуемой смерти. У некоторых больных этой группы даже кратковременное появление таких симптомов, как дисфагия, слабость и головокружение после приема пищи, боли в эпигастрии, диарея, воспринимаются как возвращение болезни. Появление новых соматических ощущений у относительно давно оперированных пациентов (2–3 года назад и более) также приводит к кратковременному появлению тревожно-мнительного состояния, хотя возникшая клиническая симптоматология связана с каким-либо патологическим синдромом, обычным после гастрэктомии. Однако желание выздороветь побуждает многих пациентов быть активными, целеустремленными, забывать тягостные соматические ощущения, обусловленные некоторыми патологическими синдромами и полузабытыми воспоминаниями о болезненных перевязках, десятках внутривенных переливаний жидкостей, компонентов крови и др. Большинство этих пациентов начинают убеждать в том, что они могут жить, быть полезными в семье и даже выполнять в домашних условиях посильную физическую нагрузку. Лишь у отдельных пациентов этой группы, перенесших операцию 2–3 мес назад, наблюдаются кратковременные периоды тревожной мнительности, часто обусловленной боязнью рецидива рака и его метастазов; тогда больные становятся замкнутыми, малообщительными. Проведенная в этот период врачом беседа с больным обычно дает положительный психологический эффект.

Большое влияние на нервно-психическую сферу пациентов оказывает то, что после операции они не в состоянии вернуться к физическому труду. Нарушение привычного жизненного ритма отражается на их поведении и отношении к окружающему. Больной уходит в мир своих тягостных соматических ощущений и преодолеть это состояние врачу нередко трудно.

Изучая клинко-патологические аспекты резекции желудка и гастрэктомии, В.С. Маят и соавт. [4] отметили, что у половины больных после гастрэктомии разные по тяжести расстройства общего характера приводят к агастральной астении – к стойкой потере веса, выра-

женному физическому бессилию, потере активности, нервно-психическим нарушениям. При обследовании 45 больных после гастрэктомии и резекции кардии авторам удалось выявить значительные нарушения нервно-психического состояния. В зависимости от формы и особенностей течения нервно-психических расстройств больные были разделены условно на 2 группы. В 1-й группе (в основном – пациенты после резекции кардии) наряду с умеренно выраженными проявлениями соматических нарушений, в первую очередь – питания и пищеварения, наблюдались симптомы психической слабости (соматогенная астения). Через несколько месяцев после выписки из стационара эти явления приобретали стойкий характер и можно было судить о своеобразной стабилизации астенических явлений, которые характеризовались снижением умственной активности и повышенной утомляемостью, особенно при психических нагрузках. Дизэнцефальные расстройства были выражены умеренно и чаще проявлялись отдельными симптомами (головная боль, потливость, сердцебиение и др.).

Во 2-й группе (больные после гастрэктомии) общесоматические нарушения носили более тяжелый и полиморфный характер, чем в 1-й. Пациенты выглядели истощенными, слабыми, адинамичными. Нервно-психические расстройства у них были представлены синдромом дизэнцефальных нарушений и стойкими сдвигами в психическом состоянии. Патология дизэнцефальной области имела как хроническое, так и приступообразное течение. Довольно часто встречались гипергидроз, расстройства терморегуляции, акроцианоз, гипотония, коллаптоидные состояния, парестезии в разных участках тела, судороги в нижних конечностях, стойкое нарушение сна и упорная головная боль в лобно-теменной области.

Психические нарушения проявлялись не только астеническими явлениями, но и изменениями особенностей личности. Большое значение имели эмоциональная лабильность, раздражительность, низкая интеллектуальная продуктивность [5]. Умственное напряжение приводило к неприятному ощущению физической слабости, приступам головокружения, раздражительности, недовольству и др.

По мнению В.С. Маята и соавт., довольно типичное клиническое состояние больных, перенесших полное удаление желудка, может быть дополнено характерной психоневрологической характеристикой, что в конечном счете и квалифицируется как агастральная астения [4]. Авторы описывают агастральную астению как состояние, при котором наряду с общесоматическими расстройствами большое значение приобретают выра-

женные нервно-психические нарушения. Считается, что в основе агастральной астении лежит сам факт полного удаления желудка с ничем не восполнимой утратой его функций. Никакое другое оперативное вмешательство (резекция кардиального или дистального отдела желудка) не ведет к столь выраженным нарушениям в организме. Представленные клинические данные убедительно показывают, что гастрэктомия закономерно приводит к развитию ряда выраженных нарушений, которые по своим проявлениям и частоте гораздо серьезнее, чем нарушения после любой другой операции на желудке.

Мы полагаем, что развитие агастральной астении обусловлено не только полным отсутствием желудка как одного из важных органов пищеварительной системы. В этом случае частота агастральной астении после гастрэктомии должна была бы приближаться к 100%, однако этого не происходит. Поэтому правомерна точка зрения, в соответствии с которой важными причинами возникновения и формирования агастральной астении являются в большинстве случаев тяжелые, нередко сочетанные формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, демпинг-синдрома, агастральной анемии и синдрома истощения.

На современном этапе развития медицины агастральную астению следует понимать как клинический синдром, характеризующийся стойким упадком питания, выраженным физическим бессилием, потерей жизненной активности, нервно-психическими нарушениями. Синдром проявляется астенизацией психической и соматической сферы, повышенной раздражительностью, плаксивостью, апатией, снижением умственной активности и повышенной утомляемостью, особенно при психических нагрузках. Диэнцефальные расстройства у больных нередко проявляются головной болью, головокружением, потливостью, бессонницей, сердцебиением, артериальной гипотонией, парестезией в разных участках тела, акроцианозом, коллаптоидным состоянием, судорогами в конечностях. Больные выглядят истощенными,

слабыми и адинамичными. В ряде случаев диэнцефальные расстройства сочетаются со стойкими сдвигами в психическом состоянии [2, 6–9].

Приведенные данные убеждают в необходимости применения у больных агастральной астенией психотерапии и комплексной консервативной терапии. Однако многие вопросы их лекарственного лечения пока остаются нерешенными и нуждаются в дальнейшей разработке.

Литература

1. Бусалов А.А. Агастральная астения // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 1949; 11: 30.
2. Волков С.В. Гастрэктомия и постгастрэктомические синдромы. – Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та, 2008. – 286 с.
3. Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий полного удаления желудка. – М.: Медицина, 1969. – 160 с.
4. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашнин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. – М.: Медицина, 1975. – 368 с.
- Петрова Е.А., Шмелева С.В., Голеньков А.В. Психология. – М.: изд-во РГСУ, 2013. – 352 с.
6. Bruncic S. Total gastrectomy in surgery // Acta Chir. Iugosl. – 1982; 29 (2): 179–187.
7. Ducrotte P., Leblanc-Louvry I., Michel P. Quality of life after gastrectomy and cephalic duodenopancreatectomy // Gastroenterol. Clin. Biol. – 2000; 24 (5–2): 24–30.
8. Merkle P., Schlang P., Krause F. Agastric dystrophy after gastrectomy // Chirur. – 1976; 47 (7): 380–383.
9. Williams J.A. Postgastrectomy problems // Proc. R. Soc. Med. – 1971; 64 (7): 745–747.

AGASTRIC ASTHENIA

Prof. V.E. Volkov, Prof. A.V. Golenkov,
Prof. S.V. Volkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper provides a general evaluation of the clinical course of agastric asthenia and its incidence rates. Among its clinical manifestations, psychosomatic and psychic symptoms that are prevalent in some patients have been studied.

Keywords: agastric asthenia, total gastrectomy, asthenodepressive syndrome.