

**Толканец С. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

С выходом монографии «Пограничная психиатрия» [1] фактически узаконена обширная область психиатрии, ранее называемая «малой». Астения является сквозной симптоматикой пограничных психических расстройств (ППР). В настоящем сообщении, наряду с общепринятыми формами ППР, анализируются также и малопрогрессирующие формы, аффективные субдепрессивные расстройства эндогенного типа в силу прагматической целесообразности. Последние в этом случае рассматриваются как ассоциированные с пограничной психической патологией.

Распространенность астенических расстройств в населении достигает 1,2–5 %. Астения является одним из наиболее частых синдромов в практике любого врача, а доля жалоб связанных с ней, составляет до 60 % [2–3]. Выраженные астенические расстройства отличаются затяжным течением, обуславливают рост временной нетрудоспособности, необходимость обследования, госпитализации, утяжеляют течение сопутствующих соматических болезней [4–5]. Это определяет необходимость совершенствования диагностики расстройств астенического спектра, в особенности при первичном обследовании, и оптимизации лечения на основе современных рекомендаций [6]. Зачастую на практике выбор препаратов для лечения астении осуществляется без патогенетических оснований, и сводится к эмпирическому выбору в ряду ноотропов, антидепрессантов, растительных адаптогенов и витаминов. Такой подход приводит к частичному улучшению, допуская хронизацию патологического процесса. Настоящее объясняет необходимость рассмотрения астенической феноменологии и природы расстройств астенического спектра.

Наиболее легкий и частый механизм астении, характеризуется рассогласованием информационно-временных механизмов, в частности, биоритмов, наблюдается при утомлении, работе в разные смены, при перенапряжении и характеризует утомление, хроническую усталость. Это сигнал тревоги, информирующий индивидуума о необходимости временного прекращения умственной или физической деятельности. Если мышечная и психическая усталость не проходят после отдыха и сопровождаются повышением температуры, болью, нарушениями сна, снижением социальной активности, следует говорить не об усталости, а об астении. Астеническое состояние представляет собой патологию, появляется постепенно и не связано с необходимостью мобилизации организма, длится месяцы и годы, не восстанавливается после отдыха и требует медицинского вмешательства. Астенический синдром представляет континуум состояний от психического и физического истощения до хронической слабости и астенической несостоятельности [7]. Последовательное вовлечение глубинных регистров характеризует усугубление астении, при этом последовательно нарушается работа иных, иерархически соподчиненных уровней — энергетического, метаболического и структурного. В этих случаях оправдано установление причины астении как патологического состояния.

Причинными факторами астении могут быть органические (45 %) или функциональные (55 %) нарушения. Наиболее частые причины, вызывающие развитие органической формы, — инфекционные, эндокринные, нервные, онкологические, гематологические заболевания, а также нарушения функции желудочно-кишечного тракта — ЖКТ [6]. Функциональные расстройства предполагают существование психических заболеваний (депрессия) или реактивных состояний (при переутомлении, стрессе, в послеродовом периоде, по-

сле иатрогенных факторов — например, после инфаркта миокарда). Близки к функциональным астениям состояния выгорания (расстройства, связанные с длительной деятельностью при хроническом напряжении и с продолжительной фрустрацией). Функциональные астении также ассоциированы с беременностью и родами, употреблением алкоголя и наркотиков. Прием целого ряда лекарственных препаратов, влияющих на центральную нервную (ЦНС) и эндокринную системы, может привести к развитию астении.

Врач общей практики первым сталкивается с астеническими жалобами больных и играет основную роль в обследовании и лечении больных с астенией. Хорошо зная своих пациентов, имея представление о процессе, послужившем основой для возникновения астении, он способен точно выявить заболевание органов или клиническую аномалию, наличием которой пациент пренебрегает; провести обследование и, в конечном счете, всесторонне оценить клиническое состояние больного. Таким образом, астенический синдром одновременно является самым легким и самым тяжелым психическим расстройством.

Функциональная астения (первичная, реактивная) — это самостоятельная клиническая единица (не связанная с конкретными органическими заболеваниями), основным проявлением которой является астенический синдром, возникающий у исходно здоровых людей при воздействии различных факторов и характеризующийся принципиальной обратимостью, так как возникает вследствие или как компонент ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. Феноменология функциональной астении характеризуется, прежде всего, эмоционально-гиперестетической слабостью, при которой повышенная утомляемость (базисный, ведущий симптом астенического синдрома) и аффективная лабильность (основной симптом) сочетаются с непереносимостью незначительного эмоционального напряжения и гиперестезией (факультативный симптом, отображающий заинтересованность сферы ощущений). Стержневым моментом феномена функциональной астении является изменение в сфере мотиваций. Нарушения познавательных процессов при астении наблюдаются во всех случаях, но выражены в различной степени.

Астения после перенесенных инфекционных заболеваний, соматических заболеваний (инфаркт миокарда, диабет и др.), тяжелых операций, родов (соматогенная астения) возникает в период восстановления после соматического заболевания. Принято различать астенические состояния, сопровождающиеся повышенной температурой, и астенические состояния метаболического, эндокринного, гематологического, опухолевого происхождения). Астению как психическое расстройство при заболеваниях внутренних органов и психической сферы следует отличать от мышечной слабости при патологиях, сопровождающихся нарушением нейромышечной проводимости и развитием миопатий. Клиническая картина имеет особенности в зависимости от причин, вызвавших астенический синдром. После соматических заболеваний нередко возникает состояние эмоционально - гиперестетической слабости, при котором повышенная утомляемость и неустойчивое настроение сочетаются с непереносимостью незначительного эмоционального напряжения, а также с гиперестезией. После черепно-мозговой травмы астенические расстройства характеризуются раздражительной слабостью, неустойчивым настроением, ментизмом (непроизвольным течением мыслей), сочетающимися с головными болями и вегетативными нарушениями. В инициальном периоде гипертонической болезни астенический синдром принимает характер «усталости, не ищущей покоя»; при атеросклерозе сосудов головного мозга проявляется резко выраженной утомляемостью, раздражительной слабостью, снижением настроения со слезливостью; при прогрессивном параличе — сочетанием повышенной утомляемости с легкой степенью глухоты. Астенический синдром встречается у пациентов со всеми формами зависимости от психоактивных веществ.

Будучи производной от соматовисцеральной либо эндокринной патологии, соматогенная астения проявляет сходство с астенией психопатологического происхождения, что определяет важность всестороннего обследования. С другой стороны, диагностическая ситуация нередко усложняется сосуществованием разных патогенных факторов, когда приходится устанавливать иерархию симптомов и патогенетических механизмов, выбирать приоритеты в лечении.

Астении при пограничных психических расстройствах. По своей клинической сущности астения сама по себе является психическим расстройством — психопатологическим синдромом, который характеризуется повышенной психической утомляемостью, физической слабостью, некоторым снижением когнитивного функционирования, вегетативной и эмоциональной лабильностью. Астения входит в структуру каждого невротического расстройства, но особенно выражена при неврастении, как при нервном истощении. В настоящее время неврастения определяется как реакция психики на истощение ЦНС. Тем самым, подчеркивается патогенная роль психического и физического переутомления, хронического недосыпания, эмоциональных перегрузок, психотравмирующих ситуаций. Симптоматика неврастения складывается из истощаемости, физической и умственной, симптомов сенсорной гиперестезии, раздражительной слабости, вегетативной дисфункции в широком диапазоне, в т. ч. с нарушением сна и снижением аппетита. При тревожных расстройствах астения может протекать в пароксизмальном варианте, будучи выражением вегетососудистого криза. Для клинической картины неврастения не характерны депрессивные симптомы, фобии, навязчивые состояния, истерические стигмы, но астеноневротические нарушения могут выступать первым этапом динамики при формировании депрессий истощения Киелхольца.

С астенической симптоматики манифестируют депрессии истощения Киелхольца. В астеноневротической стадии депрессии преобладают астенические нарушения (разбитость, постоянная физическая усталость, раздражительность, гиперестезия). В стадии собственно депрессивных нарушений больные жалуются на общее плохое самочувствие, упадок физических и умственных сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок.

Ключевыми симптомами депрессивной астении (эндогенного типа) является отсутствие побуждений и ослабление мотивационной сферы вплоть до полной апатии. Подобные характеристики придают особое свойство — состояние витальной астении, анергии, как отсутствия жизненных сил, с тотальной слабостью. Им сопутствуют иные проявления депрессивного синдрома — психомоторная заторможенность, патологические изменения суточного ритма, расстройства сферы соматопсихики — разнообразные патологические ощущения в виде сенестоалгий и симптомов соматодеперсонализации, фазный характер течения.

При дистимии, как хроническом расстройстве настроения имеет место 2 ряда расстройств: эндогенного регистра, с проявлениями витальной астении, и патохарактерологического с затяжной психогенной депрессией, зачастую ятрогенного характера. Астения здесь поддерживается механизмами реактивной лабильности, что определяет нажитую хрупкость, ранимость, астенические реакции на обыденные раздражители.

Продромальный астенический этап при шизофрении. Развернутым дебютам шизофренического процесса, как правило, предшествует продромальный астенический период (его можно определить и как астеноподобный), который длится от нескольких недель до нескольких месяцев. При острых дебютах этот период немного короче, чем при постепенном развитии заболевания. Основные симптомы, наблюдаемые на астеническом этапе — утомляемость и общая слабость, повышенная раздражительность, затем перекрываются специфическими проявлениями: выступают чувство несобранности, неуверенности в себе (затруднение в плавном течении мыслей, сосредоточении, усвоении прочитанного, прослушанного, увиденного, чувство какого-то внутреннего разлада, пониженное настроение), что больные нередко пытаются пояснить своим плохим самочувствием. Иногда, кроме того, появляются неприятные соматические ощущения в теле. В дальнейшем у больных обнаруживаются уже типичные изменения шизофренического типа: расстройства мышления, неотчетливость мыслей, обрывы мыслей, двойные мысли, иногда оклики, отдельные идеи отношения. Но эти симптомы появляются уже позднее, в начале доминирует неопределенная астения. Нередко в начале

этой астении у больных обнаруживаются явления деперсонализации: больные сами жалуются, что их чувства притупились и что они не чувствуют прежней привязанности к родным, и что они внутренне изменились. Нарастает глухая тревога с неясным чувством, что с больным должно произойти что-то нехорошее, ожидание краха. Это чувство появляется довольно рано и оно часто обнаруживается у больных. При нарастании его больные просто жалуются, что они боятся, что сойдут с ума.

При астенической шизофрении как варианта вялотекущей шизофрении (в настоящее время рассматривается в МКБ-10 как шизотипическое расстройство), на продромальном этапе преобладают явления гиперстенической астении — интенсивное ощущение утомления, сенсбилизация к нейтральным в норме раздражителям, алгии, нарушения сна (прешизофреническая астения по В. А. Гиляровскому). В активном периоде заболевания преобладают явления аутохтонной (не связанной с умственными или физическими перегрузками) астении, протекающей с отчуждением самосознания активности. При астении, приобретающей тотальный характер, ощущение падения активности охватывает как идеаторную, так и соматопсихическую сферу (синдром витальной астении). Однако, в некоторых случаях явления на первом плане физического бессилия, приобретающие форму нарушения общего чувства. В клинической картине доминирует слабость, разбитость, ощущение утраты мышечного тонуса, необычной физической тяжести, «ватности» во всем теле. Симптоматика прогрессивной астении, таким образом, складывается из симптомов мысленной атаксии, дефектной соматодеперсонализации (с ощущением физической разбитости), эмоциональной измененности и огрубением личностного строя, слабости волевой сферы с аспонтанностью, снижением возможности целеполагания (гипобулия).

Астении при психических заболеваниях вследствие органического поражения мозга составляют континуум психических расстройств от органического эмоционально лабильного расстройства как самого легкого, например, после перенесенного гриппа, до тяжелой астении, неотделимой от начальных проявлений деменции и входящей в структуру психоорганического синдрома. Клиническая картина астенического синдрома при органических заболеваниях мозга отличается полиморфизмом и динамичностью. Совокупность симптомов церебрастении включает: крайняя истощаемость, гиперпатия, аффективная возбудимость со склонностью к слабодушным либо эксплозивным реакциям, церебро-неврологическая недостаточность и снижение когнитивных функций. Степень выраженности собственно астении больше, чем ее осознание. С выраженностью нарушений познавательных функций связана тяжесть социальной дезадаптации пациентов с астеническим синдромом.

Существует разновидность астении, довольно часто встречающаяся среди больных с ППР и трудно диагностируемая. Это астенический вариант соматодеперсонализации, где ядерным проявлением служат патологические ощущения анестетического регистра с ощущением разбитости, физической немощи, гриппозности. Больные затрудняются сформулировать необычные ощущения, но отличают их от конвенциональной боли. Они склонны называть их в обыденных выражениях: побаливает, немеет, называют слабостью, ощущением ватности тела, ног, «млявостью» в руках. Отличительным признаком этих патологических сенсаций служит ощущение измененности тела, отчуждения, онемения, размытая телесная топография либо мигрирующая локализация. Тривиальная формулировка жалоб не согласуется с их тягостным характером. Патологические ощущения, как правило, сопряжены с патологическим аффектом, тревогой, депрессией.

Наряду с клиническим методом исследования для количественного измерения состояния пациентов и результатов терапии используются следующие шкалированные методики: многомерный опросник для оценки астении MFI-20, опросник для оценки астении Ч. К. Шаца, шкала самооценки тревожности Спилбергера-Хаина, корректурная проба (тест Бурдона), тест оценки мнестических функций. Различные методы диагностики, главным образом, оценочные шкалы, позволяют выявить тип астении — реактивный, соматический, психопатологический или связанный с переутомлением.

Таким образом, симптоматика астении в каждом конкретном случае наряду с собственно астеническими включает облигатные проявления ведущей патологии и правильная квалификация астении предполагает тщательный психопатологический анализ случая.

Лечение астенических состояний составляет предмет отдельного сообщения. На примере рассмотрения типов астений показана важность установления природы болезни. В таком случае представляется приоритетным лечение конкретного психопатологического синдрома с астеническим фасадом (анергия, абулия, дистимия, церебрастения, соматодеперсонализация). Другим дополняющим моментом является лечение собственно астении. Спектр антиастенических препаратов постоянно расширяется и в настоящее время их арсенал, наряду традиционными — адаптогенами, антидепрессантами, витаминами и ноотропами, пополняется препаратами избирательно воздействующих на астению: нейропептиды (Семакс, Мелаксен), производные витаминов (В1 — Энерион), препараты, потенцирующие дофаминовую медиацию (Ладастен), комбинаты (Нооклерин) либо обладающие поливалентными свойствами (антидепрессантов и нейропептидов — Вальдоксан).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский, Ю. А. Пограничная психиатрия / Ю. А. Александровский. — М., 2006.
2. Васильев, П. В. Фармакология в авиационной медицине: справочник авиационного врача / П. В. Васильев, Г. Д. Глод, С. И. Сытник. — М.: Воздушный транспорт, 1993. — Кн. II: — С. 148–60.
3. Смуглевич, А. Б. Психокardiология / А. Б. Смуглевич, А. Л. Сыркин. — М., 2005.
4. Лукичева Т.А., Седов А.В., Морозов И.С., Суворцев И.А. Фармакологическая коррекция неблагоприятного воздействия на человека токсичных веществ и нагревающего микроклимата. У Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство». Тез.докл. М., 1998, 448.
5. Морозов И.С., Барчуков В.Г., Седов А.В. и др. Фармакологическая коррекция снижения работоспособности человека при гипоксиях различного генеза. Человек и лекарство. Тез.докл. II Рос. нац. конгр. М., 1995.
6. Аведисова, А. С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах / А. С. Аведисова // РМЖ. — № 12 (22).— 2004.
7. Марценковский, И. А. Астенический синдром / И. А. Марценковский. // Медицинские аспекты здоровья женщины. — № 2(5). — 2007. <http://woman.health-ua.com/article/63.html>

УДК 615.9:665.521.5

### ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ СМАЗОЧНО-ОХЛАЖДАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТАВОВ НА МИНЕРАЛЬНОЙ ОСНОВЕ В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Трейлиб В. В., Половинкин Л. В., Буйницкая А. В., Ежелева С. Н.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр гигиены»,

г. Минск, Республика Беларусь

#### Введение

Широкая химизация в промышленности неизбежно ведет к расширению контактов работников с различными химическими веществами. Особое место в обширной группе веществ, используемых в промышленности, занимают смазочно-охлаждающие технологические составы, представляющие собой многокомпонентные композиции, среди которых значительный удельный вес занимают СОТС на минеральной масляной основе (СОТСМ). Бесконтрольное промышленное применение СОТСМ может служить причиной их комплексного влияния на организм через органы дыхания и кожные покровы, вызывая неблагоприятное воздействия на организм и развитие дерматитов, экземы, фолликулитов, бронхитов и бронхиальной астмы [1].

Для снижения риска неблагоприятного воздействия и сохранения здоровья лиц, контактирующих в процессе производственной деятельности, вновь созданные рецептуры СОТСМ предварительно должны подвергаться углубленному токсикологическому исследованию, по результатам которых разрабатываются профилактические мероприятия их безопасного использования.