

Усталость и ее проявления

К.м.н. М.А. Лебедев, к.м.н. С.Ю. Палатов, профессор Г.В. Ковров

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России

Усталость представляет собой симптомокомплекс, характеризующийся чувством слабости, вялости, бессилия, ощущением физического и психического дискомфорта, что сочетается со снижением работоспособности, потерей интереса к работе и ухудшением качества жизни в целом [1–4]. Актуальность изучения проблем астенических расстройств определяется их значительной распространенностью, достигающей до 20% (в зависимости от подходов к оценке) в популяции и встречающейся при большинстве психических, соматических и психосоматических заболеваний [5]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. астенические расстройства и депрессия по частоте встречаемости выйдут на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний.

Отмечается недостаточная ознакомленность врачей с данным психическим нарушением, наименее специфичным из всех, отсутствуют общие представления о причинах его появления. Не отслеживается разнообразная симптоматика, строго специфичная для каждого случая развития той или иной формы усталости.

Проявления усталости в каждом отдельном случае могут быть определены как базовые или начальные по отношению к любым другим расстройствам, иногда предшествуя или определяя и почти всегда завершая течение любой болезни – соматической или психической, что также усиливает значимость данной проблемы [6–8].

Полиморфность симптоматики приводит к выделению различных синдромов и заболеваний, таких как астенический синдром, синдром хронической усталости, вегетососудистая дистония, нервная слабость, астеническое состояние, невротический синдром, неврастеническая реакция, невротическое состояние, псевдоневрастения, функциональное заболевание нервной системы, неврастения и т. д. [9, 10].

Симптоматика расстройства разнообразна [11, 12] и очень сильно варьирует в зависимости от причин, вызвавших усталость, или заболевания, на фоне которых она развивалась. Но как уже было сказано, есть ряд клинических проявлений и характерных для них групп симптомов, которые присутствуют во всех случаях развития усталости в большей или меньшей степени:

1. Слабость:

- чувство физической и умственной усталости, утомляемости, ограничивающее работоспособность и нередко возникающее до работы (следует отличать от физиологической утомляемости и усталости);
- неспособность к длительному напряжению и быстрая истощаемость, ведущая к ухудшению качества работы;
- чувство бессилия, адинамии, неспособность к запоминанию, творчеству, что сопровождается слезами и отчаянием;
- чувство вялости, слабости, затруднение мышления, обрыв ассоциаций, отсутствие мыслей, ощущение пустоты в голове, уменьшение активности и интереса к окружающим;

– сонливость в сочетании с постоянной психической и физической усталостью;

– повышенная психическая и физическая истощаемость с резкой потливостью, тремором после конфликта или возбуждения.

2. Раздражительность:

- гневливость;
- взрывчатость;
- повышенная возбудимость;
- ворчливая обидчивость;
- придирчивость;
- брюзгливость;
- ранимость без поводов;
- внутренняя тревога;
- беспокойная деятельность;
- неумение отдыхать;
- сензитивность со слезами;
- недовольство по любому поводу и без явного повода.

3. Расстройства сна:

- затруднение засыпания;
- проявления необыкновенно упорной бессонницы или сна «без чувства сна», когда больной решительно отрицает сообщения персонала о том, что он спал;
- чуткий, тревожный сон, отсутствие работоспособности после сна;
- раннее просыпание с чувством безотчетной тревоги, внутреннего беспокойства и грядущего несчастья;
- извращение «формулы сна»: сонливость днем, бессонница ночью;
- постоянное влечение ко сну и дремота.

4. Вегетативные расстройства:

- различного рода сосудистые нарушения: колебания АД, пульса и легкое побледнение или покраснение кожных покровов при волнениях; сосудистая асимметрия (разное давление на руках); неприятные ощущения в области сердца; боли колющего характера и ощущение сердцебиения; изменения сосудистых рефлексов; асимметрия температуры тела; потливость различных частей тела;
- головная боль, чаще всего возникающая при усталости, волнении, к концу рабочего дня, чаще стягивающего характера, характеризующаяся больными, как «каска неврастеника», «словно на голову обруч надет»;
- нередки тяжелые головные боли, возникающие чаще ночью и по утрам, больной может просыпаться из-за них; боли носят распирающий характер;
- головокружения и тяжесть в голове;
- изменения мышечного тонуса;
- нарушения потенции, у женщин явления дисменореи;
- желудочно-кишечные расстройства;
- аллергические реакции;
- расстройство когнитивных функций.

Физиологическая усталость может развиваться на фоне обычного переутомления от физической или психологической нагрузки. По этому поводу, как правило, к вра-

чам не обращаются – в отличие от ситуации, когда речь заходит о развитии психопатологического симптомокомплекса на фоне неврологического, соматического или психического расстройства, в частности астении или синдрома хронической усталости.

Астения (греч. *asthèneia* – слабость, бессилие) – психопатологическое расстройство, картина которого определяется явлениями повышенной физической и/или психической утомляемости со снижением уровня активности (дефицит бодрости, энергии, мотивации), влекущим за собой клинически и социально значимые последствия: потребность в дополнительном отдыхе, уменьшение объема и эффективности деятельности (даже привычной) [4, 13–15].

Существует ряд клинических форм течения астении. Наиболее часто выделяют следующие формы:

1. Гиперстеническая форма.

Характеризуется ослаблением процессов внутреннего торможения, как следствие, на первый план выступают ирритативные симптомы: явления раздражительности, повышенной возбудимости, гневливости, несдержанности, нетерпеливости. Больные жалуются на постоянное чувство внутренней напряженности, беспокойства, неспособность сдерживать себя, ждать. Чувство усталости, особенно заметное при неудачах, резко сменяется подъемом работоспособности при удачных результатах деятельности. Сама усталость носит своеобразный характер, про нее говорят: «усталость, не знающая покоя». Несмотря на чувство усталости, больной неугомонен и постоянно чем-то занимается.

Сон характеризуется кошмарными сновидениями, невозможностью заснуть, отсутствием освежающего эффекта и наличием чувства тревоги, раздражительности.

Из вегетативных нарушений: повышенная потливость, тахикардия, повышение АД.

2. Гипостеническая форма (нередко называемая синдромом истощения).

Характеризуется развитием охранительного торможения, понижением корковой возбудимости. В связи с этим на первый план выступают явления общей слабости, истощаемости и усталости. Привычная деятельность вызывает у таких больных большое напряжение. Уже к середине дня они не способны нормально работать, а после работы чувствуют полную неспособность что-либо делать, развлекаться или читать. Характерна постоянная сонливость. Настроение понижено, носит оттенок апатии. Иногда на фоне этого нервного и физического бессилия возникает кратковременное раздражение по поводу собственной непродуктивности и столкновений с окружающими, после чего отмечают еще большая усталость, адинамия, сопровождаемая слезами.

Выделяют особые формы: первая является промежуточной между вышеуказанными, вторая – итогом развития астении.

3. Синдром раздражительной слабости.

На первый план выступают явления повышенной раздражительности, возбудимости с утомляемостью, слабостью, истощаемостью. Это те больные, у которых за короткими вспышками гнева следуют слезы и слабость; за бурным началом деятельности – быстрое падение работоспособности; за быстро вспыхнувшим интересом – вялость и апатия; за нетерпеливым стремлением что-то сказать или сделать – последующее чувство усталости и бессилия.

4. Астено-вегетативная и астено-ипохондрическая форма.

Для нее характерно преобладание вегетативных нарушений. У больных с самого начала или, чаще, после относительно короткого дебюта общеастенических расстройств довольно отчетливо выступают объективные и субъективные симптомы разнообразных расстройств, характеризующихся полиморфностью, изменчивостью, сменяемостью. Больные описывают свое состояние так: «все болит: сердце колет и бьется, потю, хую, аппетита нет, в желудке тяжесть, отрыжка пищей, поносы сменяются запорами, на коже крапивница».

Ипохондрия носит характер тревожных опасений. Возникают канцерофобия, страх пропущенного заболевания, страх инфаркта и т. д. У больного сохранено критическое отношение к этим страхам, он пытается бороться с ними, поддается переубеждению. Нередко возникает или усиливается после возникновения реального сомато-вегетативного нарушения.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра состояния, основным проявлением которых является астения, рассматриваются в рубриках:

1. Неврастения F48.0.
2. Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство F06.6.
3. Синдром усталости после перенесенной вирусной инфекции G93.3.
4. Астения БДУ (R53) (неуточненная).
5. Переутомление (Z73.0) (синдром выгорания).
6. Другие уточненные невротические расстройства (F48.8), куда входит психастения.

В настоящее время в практической деятельности принято выделять следующие клинко-этиологические формы заболевания:

1. Экзогенно-органическая:
 - функциональная (соматогенная) астения;
 - органическая (цереброгенная) астения.
2. Психогенно-реактивная астения:
 - синдром перегрузки;
 - неврастения.
3. Конституциональная астения.
4. Астеническая депрессия.
5. Эндогенная астения (шизофреническая астения).
6. Астении при немедицинском употреблении психоактивных веществ.

Функциональная астения (соматогенная) – это самостоятельная клиническая единица, не связанная с конкретными органическими заболеваниями [15, 16]. Характеризуется прежде всего клинической обратимостью, т. к. возникает вследствие или как компонент ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К их числу относятся:

- 1) острая астения, возникающая как реакция на острый стресс или значительные перегрузки на работе (психическая или физическая (астения перенапряжения));
- 2) хроническая астения, появляющаяся вслед за родами (послеродовая астения), инфекциями (постинфекционная астения) или отмечаемая в структуре синдрома отмены, кахексии и др.;

3) отдельно, в связи с чрезвычайной значимостью проблемы, выделяется психиатрическая астеня, при которой в структуре функциональных пограничных психических расстройств (тревога, депрессия, инсомния и др.) выявляется астенический симптомокомплекс.

Органическая астеня (симптоматическая, нерозоподобная) – состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружения) и болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства. Считается, что это расстройство чаще бывает связано с цереброваскулярными заболеваниями или гипертонией, чем с другими причинами. Она возникает и вследствие различных соматических заболеваний, являясь их проявлением.

Неврастения – одно из психогенных заболеваний, возникающее после острого или длительно протекающего психогенного напряжения.

Для неврастении характерны:

- снижение физической активности: необычная утомляемость в течение дня с ослаблением или утратой способности к более или менее продолжительному напряжению в сочетании с повышенной потребностью в отдыхе и отсутствием чувства полного восстановления после отдыха;
- явления раздражительной слабости в виде повышенной возбудимости и быстро наступающей вслед за ней истощаемости;
- интолерантность к психоэмоциональным нагрузкам (лабильность настроения с неспособностью сдержаться от реакций обиды, вспышек раздражительности и недовольства, сменяющихся бурным раскаянием);
- когнитивные расстройства: повышенная утомляемость даже при обычных интеллектуальных нагрузках со снижением концентрации внимания и исполнительских функций (рассеянность, трудность длительного сосредоточения, уменьшение объема и эффективности деятельности);
- нарушение цикла «сон – бодрствование»: эпизоды сонливости в дневное время или флуктуирующая сонливость на протяжении всего дня в сочетании с ухудшением качества сна (инсомния проявляется неглубоким прерывистым сном с неприятными, чаще тревожными, сновидениями или дремоподобными состояниями).

Синдром перегрузки характеризуется весьма сходными с неврастенией клиническими проявлениями (усталость, пониженная физическая активность, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, расстройства сна).

Конституциональная астеня проявляется гипостенией. Симптоматическая лабильность, свойственная больным, обусловлена врожденной неполноценностью вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.) и гиперсенестезией в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени).

Конституциональные астеники [K. Schneider, 1928] характеризуются изящным телосложением с преобладанием продольных размеров над поперечными («готический» тип телосложения), гипопластичностью сердечно-сосудистой системы (каплевидное сердце, сужение аорты, склонность к синкопам), инфантилизмом половой сферы. Они робки,

пассивны, не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка и, утрачивая самообладание, становятся несдержанными. Повышенная впечатлительность и мнительность нередко сочетаются у них с сознанием собственной неполноценности. Их характер и поведение несут на себе отпечаток слабости и неустойчивости.

Астеническая депрессия. Течение таких депрессий медленное, с незаметным началом, или персистирующее волнообразное (по типу дистимии). Реже наблюдается рекуррентное течение с ухудшением состояния за счет усиления астенических и вегетативных расстройств. Клиническая картина включает сниженное настроение, но гипотимия не сопровождается чувством тоски и безнадежности, свойственным эндогенным депрессиям. Пик плохого самочувствия по утрам также не связан с витальными симптомами депрессии, не характерны и идеи малоценности, виновности. Расстройства цикла «сон – бодрствование» проявляются менее выражено, чем при соматогенной астении, при которой преобладают проявления гиперсомнии, в этих случаях наиболее выражены пре-, интра- и постсомнические расстройства (нарушения глубины сна). Грусть, тяжесть на душе интерпретируются как следствие плохого физического самочувствия или неблагоприятных житейских событий, причем колебания депрессивного аффекта сопряжены с изменением ситуации. Преобладают слабость со снижением активности и инициативы, повышенная слезливость («слезы льются сами собой»). Картина развернутой астенической депрессии определяется признаками негативной аффективности и включает повышенную истощаемость, жалобы на физическое бессилие, утрату энергии, «изношенность», несоразмерность ощущений, сопровождающих физиологические процессы.

Эндогенная астеня (шизофреническая, астеноподобная). Астенические проявления в подобных случаях реализуются в соответствии с этапом течения эндогенного процесса и могут в части случаев определять структуру психопатологических расстройств на каждом из этих этапов в отдельности, завершаясь полной сменой синдрома (резидуальные состояния, в картине которых доминируют негативные расстройства, составляют исключение). Во всех других случаях характерна иная эволюция синдрома. При вялотекущей шизофрении с преобладанием астенических расстройств астеня превалирует на всем протяжении заболевания:

1. На продромальном этапе преобладают явления гиперестетической астении: мучительное чувство утомления, признаки сенсibilизации к нейтральным в норме раздражителям, гиперпатии, нарушения сна.
2. В дебюте болезненного процесса (как правило, он приходится на юношеский возраст) клиническая картина определяется явлениями ювенильной астенической несостоятельности, нередко перекрывающейся аффективными (депрессивными) расстройствами. В ряду проявлений заболевания – прогрессирующее падение успеваемости, наиболее отчетливо выступающее в период экзаменационных сессий: выраженная умственная утомляемость, рассеянность, снижение концентрации внимания. При этом преобладают жалобы на нервное истощение, разбитость, плохую память, рассеянность и трудности осмысления материала.

3. В активном периоде заболевания (манифестный этап) преобладает не связанная с умственными или физическими перегрузками симптоматика астении, протекающей с отчуждением самосознания активности. Астения приобретает тотальный характер, ощущение падения активности охватывает как идеаторную, так и соматопсихическую сферы (синдром витальной астении). В части случаев явления физического бессилия приобретают форму нарушения общего чувства тела. В клинической картине доминируют слабость, разбитость, ощущение утраты мышечного тонуса, необычной физической тяжести, «ватности» во всем теле. Течение шизоастении, как правило, принимает непрерывный характер. При этом возможны обострения в форме аффективных фаз, протекающих с усилением психической и физической астении, угнетенным, мрачным настроением, ангедонией и явлениями отчуждения (чувство безучастности, отстраненности от окружающего, неспособность испытывать радость, удовольствие и интерес к жизни). В картине ремиссий доминирует одноименная симптоматика, сопряженная с ипохондрическим самонаблюдением и страхом обострений, – диспсихофобия.

4. На завершающих этапах процесса (период стабилизации, резидуальные состояния) формируется стойкий астенический дефект. В клинической картине на первый план вновь выступают явления астении, но уже в форме негативных изменений. Последние проявляются как расстройствами когнитивной сферы (непреходящая умственная усталость, сопряженная с трудностями осмысления прочитанного и расстройствами памяти), так и изменениями общего чувства тела (ощущения необычной физической тяжести, утраты мышечного тонуса, общего бессилия).

Углубляющиеся в пределах ряда негативных изменений астенические расстройства принимают форму соматопсихической хрупкости. Даже незначительное физическое напряжение или психоэмоциональные нагрузки (просмотр кинофильма, общение с родственниками) сопровождаются нарастанием интенсивности астенических расстройств: слабостью, вялостью, чувством разбитости, тяжестью в голове, ощущением стягивания в затылке, обостренной чувствительностью к малейшим изменениям сложившегося жизненного стереотипа. Формирование негативных расстройств сопровождается неуклонным падением работоспособности. Из-за опасений ухудшения самочувствия (усиление вялости, головные боли, бессонница) больные минимизируют служебные обязанности и домашние дела, перекладывая большую часть хозяйственных забот на близких, отказываются от общения.

Астения при немедицинском употреблении психоактивных веществ встречается у подростков и взрослых со всеми формами зависимости от психоактивных веществ. Наиболее тяжелые состояния наблюдаются при употреблении психостимуляторов (так называемых «дискотечных наркотиков»). В этом случае к типичным астеническим симптомам присоединяется чувство изнеможения с ноющей болью в разных частях тела. Потребность во сне сочетается с невозможностью уснуть, а сонливость – с беспокойным сном. Характерные эмоциональные нарушения: дисфория, озлобленность, подозрительность. При продолжении злоупотребления психоактивными средствами формируются серьезные, затяжные депрессии.

Термин «синдром хронической усталости» появился в 1984 г. в США [17, 18]. Является ли этот синдром самостоятельным по отношению к астении или отдельным проявлением астенических расстройств – вопрос дискуссионный до настоящего времени. Считается, что синдромом хронической усталости страдают пациенты, испытывающие изнуряющую утомляемость (или быстро устающие) как минимум полгода, работоспособность которых снизилась по крайней мере вдвое [19, 20]. При этом должны быть исключены (с помощью врачей) любые психические заболевания, такие как депрессия, которая имеет сходные симптомы, различные инфекционные заболевания, гормональные нарушения, например связанные с нарушением функции щитовидной железы, злоупотребление лекарствами, воздействие токсических веществ. Для постановки диагноза необходимо сочетание 2-х основных и 8 из 11 малых симптомов постоянно или вновь и вновь повторяющихся в течение 6 мес. или дольше. На сегодняшний день в мире хронической усталостью страдают около 17 млн человек. Так, в США насчитывается от 400 тыс. до 9 млн взрослых с этим заболеванием. Данное расстройство регистрируется в экологически неблагоприятных регионах, где наблюдается высокий уровень загрязнения окружающей среды химически вредными веществами или повышен уровень радиации.

В настоящее время существуют несколько теорий развития синдрома хронической усталости. Наиболее распространенными являются представления о том, что хроническая усталость вызывается недостаточностью иммунной системы или хронической вирусной инфекцией. Это обусловлено тем, что у больных с данной патологией выявляются признаки снижения иммунитета.

Подводя предварительный итог, необходимо сказать, что обыкновенная усталость при недостаточном внимании к ней может переходить в переутомление, а затем в астению как значимый для больного, но неспецифичный синдром. Во всех случаях врач должен реагировать на это назначением тех или иных схем коррекции состояния пациента.

Лечение

Нелекарственное лечение направлено на активизацию обмена и восстановительных функций организма, нормализацию режима труда и отдыха. Часто используются лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение [4, 21]. Наиболее эффективным подходом является психотерапия. Это прежде всего рациональное убеждение пациента в отсутствии серьезных заболеваний, формирование позитивного мироощущения, аутотренинг – снижение интенсивности имеющихся проявлений невротической симптоматики, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия – формирование здорового образа жизни.

Галеновые препараты (иначе – галеновы препараты) – группа фармацевтических средств и лекарственных форм, получаемых, как правило, из растительного сырья путем вытяжки (экстракции). Известно, что растительные лекарственные средства (женьшень, аралия маньчжурская, золотой корень, китайский лимонник, стеркулия платанолистная, элеутерококк колючий и др.) восстанавливают нейрогормональные регуляторные механизмы и оптимизируют процессы выздоровления при тяжелых, рецидивирующих хронических заболеваниях, снижают

риск и темп развития дегенеративно-дистрофических и предракловых заболеваний, имеют ряд преимуществ, касающихся безопасности, а именно их нетоксичности и совместимости с другими лекарственными средствами, могут использоваться ослабленными пациентами [22]. В отдельных случаях могут возникать реакции гиперчувствительности (аллергические реакции кожи), а также случаи аллергических реакций вследствие индивидуальной чувствительности к компонентам препаратов (фенол, хинин), повышение АД (гипертоническая болезнь), тахикардия, состояния, которые сопровождаются перевозбуждением и гиперкинетическим синдромом.

Не менее интересным препаратом с точки зрения лечения астении является экстракт пантов благородного оленя. Этот экстракт обладает высокой эффективностью за счет большой концентрации комплекса биологически активных веществ. В его состав входит более 80 разнообразных элементов: пептиды, аминокислоты, липиды, углеводы, нуклеотиды, минеральные вещества, глюкозиды, витамины. Экстракт является ценным источником незаменимых аминокислот, которые должны поступать в организм человека вместе с пищей, содержит протеин с коллагеном. Аминокислоты являются важнейшими компонентами белков, ферментов и других биологических веществ, имеют и самостоятельное профилактическое значение. Глутаминовая кислота принимает участие в биологических процессах мозга, в белковом, углеводном обмене, улучшает питание клеток головного мозга. Аспаргиновая кислота применяется при профилактике и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, способствует проникновению ионов калия и магния во внутриклеточное пространство. Смесь метионина, цистеина, глутатиона и аденозинтрифосфата (АТФ) улучшает биосинтез белка и нуклеиновых кислот путем энергетического обеспечения этих процессов. Экстракт может использоваться у пациентов с переутомлением, астеническими состояниями разной природы, а также в профилактических целях в качестве тонизирующего и стимулирующего средства при повышенных физических и умственных нагрузках.

Можно использовать препараты зверобоя, который обладает мягким анксиолитическим (устраняет чувство страха и напряжения) и антидепрессивным (устраняет подавленность и апатию) действием, повышает психическую и физическую активность, нормализует сон. Корень валерианы оказывает многостороннее действие на организм, угнетает центральную нервную систему (ЦНС), понижает ее возбудимость, облегчает наступление естественного сна.

Ноотропы (греч. *noos* – мышление, разум; *tropos* – направление) – средства, оказывающие специфическое позитивное влияние на высшие интегративные функции мозга. Они улучшают умственную деятельность, стимулируют познавательные функции, обучение и память, повышают устойчивость мозга к различным повреждающим факторам, в т. ч. к экстремальным нагрузкам и гипоксии. Кроме этого, ноотропы обладают способностью снижать неврологический дефицит и улучшать кортико-субкортикальные связи.

В настоящее время основными механизмами действия ноотропных средств считаются влияние на метаболические и биоэнергетические процессы в нервной клет-

ке и взаимодействие с нейромедиаторными системами мозга. Нейрометаболические стимуляторы улучшают обмен нуклеиновых кислот, активируют синтез АТФ, белка и рибонуклеиновой кислоты (РНК). Эффект ряда ноотропных средств опосредуется через нейромедиаторные системы головного мозга, среди которых наибольшее значение имеют моноаминергическая (пирацетам вызывает увеличение содержания в мозге дофамина и норадреналина, некоторые другие ноотропы – серотонина), холинергическая (пирацетам и меклофеноксат увеличивают содержание ацетилхолина в синаптических окончаниях и плотность холинергических рецепторов, холина альфосцерат, производные пиридоксина и пирролидина улучшают холинергическую трансмиссию в ЦНС), глутаматергическая (мемантин и глицин воздействуют через N-метил-D-аспартат (NMDA) подтип рецепторов).

Существует группа антиастенических препаратов – деанола ацеглумат, сальбутиамин и др. [23, 24].

Деанола ацеглумат обладает структурным сходством с γ -аминомасляной и глутаминовой кислотами, является нейрометаболическим стимулятором, оказывает церебропротективное, ноотропное, психостимулирующее и психогармонизирующее действие, облегчает процессы фиксации, консолидации и воспроизведения информации, улучшает способность к обучению. Деанола ацеглумат с успехом используют при лечении астенических расстройств (пограничные состояния, психоорганический синдром, шизофрения, алкоголизм), нейролептического синдрома (легкие и средней тяжести проявления), алкогольного абстинентного синдрома с преобладанием соматовегетативных и астенических расстройств, интеллектуально-мнестических нарушений, невротических и неврозоподобных расстройств на фоне резидуально-органической неполноценности ЦНС, психосоматических расстройств.

Другой препарат – сальбутиамин имеет стимулирующий метаболизм в ЦНС и антиастенический эффекты, регулирует метаболические процессы в ЦНС, накапливается в клетках ретикулярной формации, гиппокампе и зубчатой извилине, клетках Пуркинье и клубочках зернистого слоя коры мозжечка (по данным иммунофлуоресцентного гистологического исследования). В плацебо-контролируемых клинических испытаниях с использованием психометрических тестов и оценочных шкал показана его высокая эффективность при симптоматической терапии функциональных астенических состояний.

Из препаратов с антидепрессивным эффектом часто используются избирательные блокаторы обратного захвата серотонина и избирательные стимуляторы обратного захвата серотонина. Транквилизаторы также применяются при коррекции астенических состояний, их успокаивающий эффект часто бывает необходим для пациентов с астеническими состояниями.

Таким образом, при коррекции такого состояния, как усталость – неспецифического проявления соматического и психического неблагополучия необходимо использовать разнообразные подходы – как нелекарственные, так и лекарственные.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>