

УДК 615.099 – 053 : 615.21

# К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ В СОМАТОГЕННОМ ПЕРИОДЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИХОФАРМА- КОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Л.А. Коваленко<sup>1</sup>, Е. М. Усачева<sup>2</sup>,  
Г.Н. Суходолова<sup>3</sup>, С. И. Страхов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Городское Бюджетное Учреждение Здравоохранения  
Детская Городская Клиническая Больница №13 имени  
Н. Ф. Филатова, 123995, г. Москва, Российская  
Федерация

<sup>2</sup>НОУ «Институт психотерапии и клинической психологии»  
125047, г. Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Государственное бюджетное образовательное  
учреждение дополнительного профессионального  
образования РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Министерства  
здравоохранения Российской Федерации, 123995,  
г. Москва, Российская Федерация

**А**стения является одним из наиболее частых синдромов в клинической практике любого врача, в том числе и врача-токсиколога. Астения – патологическое состояние организма человека, формирующееся качественными изменениями функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС), связанное с повышенным расходом в ней энергетических и медиаторных веществ. Под нашим наблюдением находилось 288 больных с острым отравлением психофармакологическими средствами. Наличие астенического синдрома у детей определялось по данным клинического наблюдения и с помощью патофизиологического обследования, дополненного субъективной шкалой астении (MFI-20). Первые признаки астенизации у наблюдаемых нами детей выявлялись на 3 сутки болезни, а к 5 суткам пребывания – имели место выраженные проявления астенического синдрома по гипостеническому или гиперстеническому типу.

**Ключевые слова:** астения, дети, центральная нервная система, острые отравления, психофармакологические средства.

**Ведение.** Астения – это патологическое состояние организма человека, формирующееся качественными изменениями функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС), связанное с повышенным расходом в ней энергетических и медиаторных веществ. При этом ведущую роль в формировании астенического синдрома принадлежит ретикулярной формации, которая является своеобразным центром энергообеспечения головного мозга. [1, 2, 3]. Ретикулярная формация тесно связана с функциональной активностью гипоталамо-гипофизарного комплекса и какие-либо изменения в их функционировании приводит к нарушению физической и психической активности, мотиваций, расстройству вегетативных и других функций. [4]. Астения

является одним из наиболее частых синдромов в клинической практике любого врача, в том числе и врача-токсиколога. В настоящее время выделяют две основные клинические формы астении: функциональная (не связанная с хроническими органическими заболеваниями) и органическая, являющаяся одним из проявлений длительного соматического, психического или хронического инфекционного заболевания. Функциональная астения характеризуется принципиальной обратимостью. [5]. Чаще всего астения характеризуется повышенной двигательной и эмоциональной возбудимостью, сменяющейся усталостью. У детей наблюдается частая смена настроения, плаксивость или раздражительность. Двигательное беспокойство и суетливость сменяется сниже-

**Коваленко Лилия Анатольевна (Kovalenko Lylia Anatolyevna)**, кандидат медицинских наук, врач-токсиколог ГБУЗ Детская Городская Клиническая Больница №13 имени Н.Ф. Филатова, 123995, г. Москва, Российская Федерация, lyla72@mail.ru

**Усачева Елена Михайловна (Usacheva Elena Mihailovna)**, кандидат психологических наук, НОУ «Институт психотерапии и клинической психологии», 125047, г. Москва, Российская Федерация, psyinst@psyinst.ru

**Суходолова Галина Николаевна (Sukhodolova Galina Nikolaevna)**, доктор медицинских наук, профессор кафедры 3 Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Министерства здравоохранения Российской Федерации, 123995, г. Москва, Российская Федерация, toxi-ka@mail.ru

**Страхов Сергей Игоревич (Strakhov Sergei Igorevich)**, ГБУЗ Детская Городская Клиническая Больница №13 имени Н. Ф. Филатова, 123995, г. Москва, Российская Федерация

нием активности. Отмечается беспокойный сон и трудность в засыпании. Дети старшего возраста могут предъявлять жалобы на потерю интереса к любимым занятиям, состояние усталости и страхи. Характерно снижение памяти и внимания.

При этом в современной литературе достаточно сведений о развитии астении у детей после перенесенных острых травм, в том числе и черепно-мозговых, острых инфекционных болезней [6, 7, 8, 9]. В то время как работ посвященных формированию астенического синдрома у детей при острой химической травме в соматической фазе заболевания, когда яда в организме ребенка уже нет, нами не встречалось. Хотя острая химическая травма с ее сложным многофакторным патогенезом развития болезни (дыхательные и гемодинамические нарушения, гипоксия и метаболические расстройства), ответная стрессовая реакция, а также определенные анатомо-физиологические особенности детского организма предрасполагают к формированию астенического синдрома у детей [10, 11, 12]. В связи с чем данный вопрос является чрезвычайно актуальным и был нами рассмотрен на примере острых отравлений психофармакологическими средствами (ПФС) у детей разного возраста.

Выбор нозологической формы обусловлен распространенностью этого вида отравлений у детей. По статистическим отчетам Детского

токсикологического центра города Москвы в разные годы на долю отравлений ПФС приходится от 20 до 30% от всех отравлений в детском возрасте.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 288 больных с острым отравлением ПФС. Из них 157 пострадавших в возрасте от 1 до 5 лет и 131 пациент 11 – 15 лет. Клиническая оценка психоневрологического статуса больных проводилась на момент поступления в стационар, на 3 и 5 сутки болезни. У всех больных диагнозом острого отравления был подтвержден химико-токсикологическим исследованием путем качественного определения яда в моче методом тонкослойной газожидкостной хроматографии. Степень выраженности нарушения сознания в остром периоде химической болезни оценивалась с помощью шкалы Глазго [13]. Наличие астенического синдрома у детей определялось по данным клинического наблюдения и с помощью патопсихологического обследования, дополненного субъективной шкалой астении (MFI-20) [14].

Критерием исключения из исследования явилось наличие в анамнезе у детей длительных или хронических соматических заболеваний в анамнезе.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета программ STATISTICA 7.0 (StatSoft.Inc.). Количественные показате-

Таблица 1

### Функциональное состояние ЦНС в токсикогенном периоде острых отравлений ПФС

Клинический признак		Возраст больных				
		1 – 5 лет (n=157)		11 – 15 лет (n=131)		
		Абс.число	%	Абс.число	%	P
Уровень сознания	Оглушение	57	36	54	41	0,27
	Сопор	37	24	39	30	0,38
	Кома	63	40	38	29	<b>0,04</b>
Атаксия		50	32	63	48	<b>0,02</b>
ПМВ		37	24	25	19	0,26
Галлюциноз		24	15	14	11	0,19
Судороги		18	11	12	5	<b>0,05</b>

Примечание: p – уровень статистической значимости по критерию Chi-square (df=1).

тели представлены в виде медианы (25-й и 75-й процентиль). Для сравнения частотных характеристик применяли непараметрический критерий Chi-square test. Статистически значимыми считались различия при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Функциональное состояние ЦНС наблюдаемых нами больных при поступлении в стационар представлено в таблице 1.

На момент поступления в стационар у наблюдаемых нами больных отмечались функциональные расстройства в деятельности ЦНС, обусловленные нейротоксическими процессами, проявляющиеся либо гиперактивацией нервных структур (возбуждение, судорожный синдром), либо их угнетением (заторможенность, оглушение, нарушение сознания), либо дезорганизацией высшей нервной деятельности с развитием транзиторного психодислептического состояния (неадекватные эмоции, галлюцинации). Обращает на себя внимание, что у детей до 5 лет статистически значимо выше была частота развития коматозного состояния, атаксии и судорожного синдрома, что вероятно было обусловлено определенными анатомо-физиологическими особенностями детей раннего возраста. На этом фоне у пациентов наблюдались и существенные сдвиги в системе гомеостаза, связанные с дисбалансом кислородного обеспечения, метаболическими и электролитными расстройствами в результате функциональных нарушений в деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем организма.

При лечении пострадавших был использо-

ван стандартный лечебный комплекс, включающий в себя детоксикационные мероприятия, направленные на скорейшее удаление яда из организма, необходимое реанимационное пособие при тяжелом течении болезни и симптоматическую терапию. На фоне проводимого лечения к концу третьих суток болезни у наблюдаемых больных происходила редукция острых клинических симптомов отравления.

В таблице 2 представлены данные, отражающие функциональное состояние ЦНС в соматогенном периоде острых отравлений ПФС (третьи сутки заболевания).

Из таблицы видно, что на 3 сутки острой химической болезни у детей 1 – 5 лет полное восстановления сознания происходило в 87% случаев. Оглушение (13 – 14 баллов по шкале Глазго) определялось у 9% детей этого возраста. В старшей возрастной группе ясное сознание регистрировалось в 84% случаев, а оглушение – в 11% наблюдений. Сопор (9 – 11 баллов по шкале Глазго) и кома (7 – 8 баллов) регистрировались в единичных случаях как у детей младшего, так и старшего возраста. Угнетение сознания до сопора и комы через 72 часа от момента заболевания как правило было обусловлено гипоксическим поражением ЦНС и развитием церебрального гипергидратационного синдрома в токсикогенной фазе заболевания на фоне декомпенсации основных витальных функциональных систем. К 5 суткам острой химической болезни происходило полное восстановление сознания у всех наблюдаемых нами пациентов.

Клинические проявления астенического син-

Таблица 2

### Функциональное состояние ЦНС у детей в соматогенном периоде острых отравлений ПФС

Клинический признак		Возраст больных				
		1 – 5 лет (n=157)		11 – 15 лет (n=131)		
		Абс.число	%	Абс.число	%	P
Уровень сознания	Ясное	136	87	110	84	0,15
	Оглушение	15	9	14	11	0,69
	Сопор	3	2	4	3	0,84
	Кома	3	2	3	2	0,97
Астенический синдром		102	65	95	72	<b>0,05</b>

Примечание: p – уровень статистической значимости по критерию Chi-square (df=1)

дрома наблюдались в 65% случаев у детей 1 – 5 лет и 72% случаев у детей старшего возраста.

В дальнейшем дети перенесшие отравление легкой степени, и в ряде случаев средней степени тяжести, не требующие дополнительно лечения и обследования были выписаны под амбулаторное наблюдение.

Клиническое наблюдение за оставшимися в отделении пациентами (n=184) показало, что в соматопсихическом статусе у детей доминировали признаки астении (табл. 3).

Как видно из таблицы у детей 1 – 5 лет астенический синдром чаще всего проявлялся по гиперстеническому типу. При клиническом наблюдении за детьми в 69% отмечалась повышенная возбудимость и раздражительность, в 55% наблюдений с выраженной плаксивостью. Часто у детей маленького возраста регистрировалось двигательное беспокойство с изменением поведенческих реакций (суетливость, шаловливость). В 40% случаев выявлялись расстройства сна (трудность засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями). Детей с проявлениями астении по гипостеническому типу было практически в 2 раза меньше. У них наблюдалась сонливость, повышенная утомляемость и существенное снижение активности.

В группе детей старше 11 лет, также как и у детей раннего возраста, наблюдались клини-

ческие симптомы астении гипостенического и гиперстенического типа. Однако у пациентов 11 – 15 лет чаще всего преобладали гипостенические нарушения ( $p \leq 0,05$ ).

Также нами было проведено расширенное психологическое тестирование данной категории больных с использованием стандартных методик. Это позволило клинически дополнительно выделить у них три преобладающих варианта астенического синдрома.

Первый – дети с преобладанием соматических и физических жалоб: общая слабость, головная боль, повышенная утомляемость. Объективно у этих подростков отмечалось снижение физической активности.

Второй – дети с преобладанием аффективной симптоматики. В данной группе преобладали жалобы на сниженное настроение и тревогу. Объективно отмечались эмоциональная лабильность, склонность к капризам, плаксивость.

Третий – дети с преобладанием изменений в мотивационной сфере. Такие подростки не предъявляли жалоб, но в клинической беседе отмечали снижение интереса к деятельности, в том числе к любимым занятиям, безразличие к взаимодействию с другими детьми в отделении.

Для объективной оценки степени астенизации нами было проведено тестирование 50 па-

Таблица 3

**Клинические признаки астенического синдрома у детей разного возраста, регистрируемые в соматогенном периоде острых отравлений ПФС**

Клинический признак	Возраст больных				p
	1 – 5 лет (n=98)		11 – 15 лет (n=86)		
	Абс.число	%	Абс.число	%	
Повышенная возбудимость, раздражительность	68	69	29	34	<b>0,02</b>
Расстройства сна	39	40	22	26	<b>0,04</b>
Двигательное беспокойство	30	31	14	16	<b>0,02</b>
Плаксивость	54	55	15	17	<b>0,01</b>
Снижение активности	30	31	57	66	<b>0,01</b>
Повышенная утомляемость	28	29	50	58	<b>0,05</b>
Сонливость	26	30	39	45	0,08

Примечание: p – уровень статистической значимости по критерию Chi-square (df=1).

Таблица 4

## Результаты тестирования больных 11 – 15 лет по субъективной шкале астении (MFI-20)

Исследуемый показатель	Медиана	25 квартиль	75 квартиль
Общее количество баллов	50	39	60
Общая астения	15	10	19
Пониженная активность	15	9	17
Снижение мотивации	14	8	18
Физическая астения	11	9	14
Психическая астения	14	10	16

циентов в возрасте 11 – 15 лет по субъективной шкале астении (MFI-20). Данная шкала состоит из 20 утверждений, отражающих разные составляющие астенического расстройства: общая астения, физическая астения, пониженная активность, снижение мотивации, психическая астения. Оценка шкалы является суммой баллов отдельных составляющих ее пунктов у каждого больного в интервале от 4 до 20 баллов. Наивысший балл отражает самую высокую тяжесть астении.

Результаты исследования представлены в виде медианного критерия, 25 и 75 квартиля (табл. 4).

Как видно из таблицы общее количество баллов при исследовании составило 50 баллов, при разбросе данных от 39 до 60 баллов. В то время как в норме общее количество баллов не должно превышать 30. При этом необходимо отметить, что у пациентом в основном отмечается психическая астенизация личности. Физические проявления астенического синдрома у данной категории больных менее выражены.

Также эти пациенты прошли клинико-психологическое обследование, которое включало исследование когнитивных функций с помощью стандартных патопсихологических методик. В результате исследования у всех детей были выявлены: снижение работоспособности, повышенная истощаемость, снижение таких характеристик внимания, как переключаемость, распределение и способность к концентрации. У них было отмечено снижение объема кратковременной памяти, неустойчивость следов памяти к гомогенной и гетерогенной интерференции.

У 8 пациентов с наиболее тяжелым течением острой химической болезни с явлениями

декомпенсации основных витальных функций в токсикогенном периоде на фоне гипоксии мозговой ткани, связанной с нарушением перфузионного кровотока, отеком головного мозга регистрировались ранние признаки энцефалопатии. У детей отмечалось снижение умственной работоспособности и памяти (особенно на недавние события), нарушения сна, затруднения при смене деятельности. Дети старшего возраста предъявляли жалобы на головную боль, слабость, нарушения зрения. В неврологическом статусе у этих пациентов отмечалась мышечная дистония, в четырех наблюдениях имело место повышение сухожильных рефлексов и нарушение координации. При электроэнцефалографии у них регистрировались патологические медленные волны.

**Заключение.** Проведенное нами исследование показало, что формирование астенического синдрома у детей при острых отравлениях ПФС происходило во всех наблюдаемых возрастных группах. Первые признаки астенизации у больных выявлялись нами на 3 сутки болезни, к 5 суткам пребывания – имели место выраженные проявления астенического синдрома по гипостеническому или гиперстеническому типу. При этом у детей старшего возраста психоастеническая симптоматика преобладала над физической.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что уже в начальном периоде острой химической болезни, в комплексе лечебных мероприятий необходима дополнительная фармакологическая коррекция, направленная на профилактику астенического синдрома. А в соматогенном периоде болезни целесообразно проведение ранней реабилитации больных с использованием специализированных психо-

коррекционных методик. Пациенты перенесли острую химическую травму требуют дополнительного диспансерного наблюдения и

восстановительного лечения в амбулаторных условиях на базе поликлиник или восстановительных центров.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Одинак М.М. и соавт. Астенические состояния. Пособие для врачей. СПб.: Военно-медицинская академия, 2003.
2. Heim C., Wagner D., Maloney E., Papanicolaou D.A., Solomon L., Jones J.F., Unger E.R., Reeves W.C. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Archives of general psychiatry*. – 2006. – Vol. 26 (3). – 63. – 11. – 1258-1266.
3. Reid S., Chalder T., Cleare A., Hotopf M., Wessely S. Chronic fatigue syndrome. *Clinical evidence*. – 2005. – Vol. 24 (5). – 14. – 1366-1378.
4. Дюкова Г.М. Лечение астении. Лечение нервных болезней 2002; 3(2(7)): 4–9. (in Russian) Аведисова А.С. Терапия астенических состояний. Фармацевтический вестник. – 2003. № 3 (282). – С.15–16.
5. Шабанов П.Д., Зарубина И.В., Нурманбетова Ф.Н. Лечение посттравматической церебрастении антигипоксантами // Вестник Рос. воен.-мед. академии. – 2005. – № 2 (14). – С. 38 – 41.
6. Одинак М.М. Тактика комплексной терапии и реабилитации больных с посттравматическими когнитивными нарушениями / М.М. Одинак, А.Ю. Емелин, С.В. Воробьев и др. // Военно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 332, № 1. – С. 17-23.
7. Полянская Н.А. Клинико-катамнестическое наблюдение за детьми с моно- и микст-вариантами ротавирусной инфекции / Н.А. Полянская, Е.Ф. Лобова // Вест. новых мед. технологий. -2011. - №2, - С. 315-317.
8. Watanabe N., Stewart R., Jenkins R., Bhugra D.K., Furukawa T.A. The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental disorders: a cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *J Psychosom Res*. 2008 Apr; 64 (4): 357–62
9. Алехнович А.В. Компенstorные механизмы и приспособительные процессы при острых отравлениях психотропными препаратами/ А.В. Алехнович, В.Б. Иванов, К.К. Ильяшенко М.: 2010. – 300 с.
10. Лужников Е.А. Клиническая токсикология: учебник. / Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова: – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 576с.: ил.
11. Маркова И.В. Клиническая токсикология детей и подростков. / И.В. Маркова, В.В.Афанасьев, Э.К. Цыбулькин и др. – С.Пб.: «Интермедика» 1999. – 400 стр. с илл.
12. Teasdale G.M. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. / G.M. Teasdale, B. Jennett *Lancet*, 1974.
13. Smets, E. M., Garssen, B. J., Bonke, B., & De Haes, J. C. (1995). The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric properties of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 315-325.
1. Odinak M.M. i soavt. Astenicheskie sostoyaniya. Posobie dlya vrachej. SPb.: Voennno-medicinskaya akademiya, 2003. (in Russian)
2. Heim C., Wagner D., Maloney E., Papanicolaou D.A., Solomon L., Jones J.F., Unger E.R., Reeves W.C. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Archives of general psychiatry*. – 2006. – Vol. 26 (3). – 63. – 11. – 1258-1266.
3. Reid S., Chalder T., Cleare A., Hotopf M., Wessely S. Chronic fatigue syndrome. *Clinical evidence*. – 2005. – Vol. 24 (5). – 14. – 1366-1378.
4. Dyukova G.M. Lechenie astenii. Lechenie nervnyh boleznej 2002; 3(2(7)): 4–9. (in Russian)
5. Avedisova A.S. Terapiya astenicheskikh sostoyanij. Farmaceuticheskij vestnik. – 2003 № 3 (282). – S. 15–16. (in Russian)
6. SHabanov P.D., Zarubina I.V., Numanbetova F.N. Lechenie posttravmaticheskoy cerebrastenii antigipoksantami // Vestnik Ros. voen.-med. akademii. – 2005 № 2 (14). – S. 38 – 41. (in Russian)
7. Odinak M.M. Taktika kompleksnoj terapii i rehabilitacii bol'nyh s posttravmaticheskimi kognitivnymi narusheniyami / M.M. Odinak, A.YU. Emelin, S.V. Vorob'ev i dr. // Voennno-medicinskij zhurnal. – 2011. T. 332, № – S. 17–23. (in Russian)
8. Polyanskaya H.A. Kliniko-katamnestichekoe nablyudenie za det'mi s mono- i mikst-variantami rotavirusnoj infekcii / H.A. Polyanskaya, E.F. Lobova // Vest, novyh med. tekhnologij. -2011 №2, - S. 315-317. (in Russian)
9. Watanabe N., Stewart R., Jenkins R., Bhugra D.K., Furukawa T.A. The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental disorders: a cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *J Psychosom Res*. 2008 Apr; 64 (4): 357–62.
10. Alekhnovich A.V. Kompenstornyye mekhanizmy i prisposobitel'nye processy pri ostryh otravleniyah psihotropnymi preparatami/ A.V. Alekhnovich, V.B. Ivanov, K.K. Ilyashenko M.: 2010 300 s. (in Russian)
11. Luzhnikov E.A. Klinicheskaya toksikologiya: uchebnik. / E.A. Luzhnikov, G.N. Suhodolova: – 4-e izd., pererab. i dop. – М.: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2008- 576s.: il. (in Russian)
12. Markova I.V. Klinicheskaya toksikologiya detej i podrostkov. / I.V. Markova, V.V.Afanas'ev, E.H.K. Cybul'kin i dr. – S.Pb.: «Интермедика» 1999 -400 str. s ill. (in Russian)
13. Teasdale G.M. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. / G.M. Teasdale, B. Jennett *Lancet*, 1974.
14. Smets, E. M., Garssen, B. J., Bonke, B., & De Haes, J. C. (1995). The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric properties of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 315-325.

L.A. Kovalenko<sup>1</sup>, E.M. Usacheva<sup>2</sup>, G. N. Sukhodolova<sup>3</sup>, S.I. Strakhov<sup>4</sup>

## ON THE QUESTION OF THE DEVELOPMENT OF ASTHENIA IN CHILDREN IN THE SOMATOGENIC PERIOD OF ACUTE POISONINGS WITH PSYCHOPHARMACOLOGICAL AGENTS

<sup>1</sup>N.F.Filatov Children's City Clinical Hospital No 13, 123995 Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Institute of Psychotherapy and Clinical Psychology” 125047 Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup> Russian Medical Academy of Post-graduate Education, Ministry of Healthcare of Russia, 123995, Moscow, Russian Federation

The asthenia is one of the most frequently occurring syndromes in the clinical practice of any physician including toxicologists. Asthenia is a pathological condition of a human body which is caused by qualitative changes in a functional condition of the central nervous system (CNS); it is bound to an increased consumption of power potential and mediator substances in CNS. 288 patients with acute psychopharmacological poisoning were monitored. The presence of an asthenic syndrome in children was identified by data of clinical monitoring and by means of the pathopsychological examination completed with a subjective scale of asthenia (MFI-20). The first signs of asthenisation in children under observation appeared on the 3rd day of the illness, and by the 5<sup>th</sup> day of stay in hospital, expressed manifestations of the asthenic syndrome of hyposthenic or hypersthenic type took place.

**Keywords:** asthenia, children, central nervous system, poisonings, psychopharmacological agents.

Материал поступил в редакцию 29.03.2016 г.