

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

тема: Синдром хронической усталости

Выполнил(а):
ординатор 2-го года
Киселёва Мария Сергеевна

Красноярск, 2019г.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
ТЕРМИНОЛОГИЯ	4
ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	11
ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	14
ЛЕЧЕНИЕ.....	16
Медикаментозное лечение	16
Немедикаментозное лечение.....	17
Прогноз	17
ЛИТЕРАТУРА.....	18

ВВЕДЕНИЕ

Приблизительно каждый пятый пациент (10-25%), обращающийся за медицинской помощью, жалуется на продолжительную усталость. Обычно чувство усталости - транзиторный симптом, исчезающий спонтанно либо при лечении основного заболевания. Тем не менее у части пациентов эта жалоба начинает персистировать и оказывать негативное влияние на общее состояние здоровья. Когда усталость не может быть объяснена каким-либо заболеванием, предполагают, что она связана с синдромом хронической усталости (СХУ), диагноз которого может быть поставлен только после исключения других соматических и психических расстройств.

СХУ - заболевание, характеризующееся чрезмерной, инвалидизирующей усталостью, сохраняющейся как минимум 6 мес и сопровождающейся многочисленными суставными, инфекционными и нейропсихическими симптомами.

Распространённость СХУ во взрослой популяции, по некоторым данным, может достигать 3%. Приблизительно 80% всех случаев СХУ остаются недиагностированными. Дети и подростки заболевают СХУ значительно реже, чем взрослые. Пик заболеваемости СХУ приходится на активный возраст (40-59 лет). Женщины во всех возрастных категориях более подвержены СХУ (60-85% всех заболевших).

ТЕРМИНОЛОГИЯ

СХУ неоднократно описывали под различными названиями; поиски термина, наиболее полно отражающего суть заболевания, продолжаются и в настоящее время. В литературе чаще всего употребляли следующие термины: "доброкачественный миалгический энцефаломиелит" (1956), "миалгическая энцефалопатия", "хронический мононуклеоз" (хроническая инфекция вирусом Эпштейна-Барр) (1985), "синдром хронической усталости" (1988), "поствирусный синдром усталости". В МКБ-9 (1975) СХУ не упоминался, но был термин "доброкачественный миалгический энцефаломиелит" (323.9). В МКБ-10 (1992) введена новая категория - поствирусный синдром усталости (G93).

Впервые термин и дефиниция СХУ были представлены учёными США в 1988 г., предположившими вирусную этиологию синдрома. В качестве основного возбудителя рассматривали вирус Эпштейна-Барр. В 1994 г. была проведена ревизия дефиниции СХУ и в обновлённом варианте она приобрела статус международной. Согласно дефиниции 1994 г., для постановки диагноза необходимо персистирование (или ремитирование) необъяснимой усталости, не облегчаемой отдыхом и в значительной степени ограничивающей повседневную активность в течение не менее 6 мес. Кроме того, необходимо наличие 4 или более из 8 следующих симптомов.

- Нарушение памяти или концентрации внимания.
- Фарингит.
- Болезненность при пальпации шейных или подмышечных лимфатических узлов.
- Болезненность или скованность мышц.
- Болезненность суставов (без покраснения или опухания).
- Вновь возникшая головная боль или изменение её характеристик (типа, тяжести).
- Сон, не приносящий чувства восстановления (свежести, бодрости).
- Усугубление усталости вплоть до изнеможения после физического или умственного усилия, продолжающееся более 24 ч.

В 2003 г. Международная группа по изучению СХУ рекомендовала использовать для оценки основных симптомов СХУ (нарушение повседневной активности, усталость и сопровождающий симптомокомплекс) стандартизированные шкалы.

Состояния, исключающие диагноз СХУ, следующие:

- Наличие каких-либо текущих соматических заболеваний, которые могут объяснить персистирование хронической усталости, таких как тяжёлая анемия, гипотиреоз, синдром сонных апноэ, нарколепсия, онкологические заболевания, хронический гепатит В или С, неконтролируемый сахарный диабет, сердечная недостаточность и другие тяжёлые сердечно-сосудистые заболевания, хроническая почечная недостаточность, воспалительные и дизиммунные

заболевания, болезни нервной системы, тяжёлое ожирение и др., а также приём лекарственных средств, побочные эффекты которых включают чувство общей слабости.

- Психические заболевания (в том числе в анамнезе).
- Большая депрессия с психотическими или меланхолическими симптомами.
- Биполярное аффективное расстройство.
- Психотические состояния (шизофрения).
- Деменция.
- Нервная анорексия или булимия.
- Злоупотребление наркотиками или алкоголем в течение 2 лет до появления усталости и в течение некоторого времени после.
- Тяжёлое ожирение (индекс массы тела 45 или более).

В новой дефиниции также указаны заболевания и состояния, не исключающие диагноз СХУ:

- Болезненные состояния, диагностика которых осуществляется на основании только клинических критериев и которые не могут быть подтверждены лабораторными тестами.
- Фибромиалгия.
- Тревожные расстройства.
- Соматоформные расстройства.
- Немеланхолическая депрессия.
- Неврастения.
- Заболевания, ассоциированные с хронической усталостью, но успешное лечение которых привело к улучшению всех симптомов (адекватность терапии должна быть верифицирована). Например, успешность заместительной терапии гипотиреоза должна быть верифицирована нормальным уровнем тиреоидных гормонов, адекватность лечения бронхиальной астмы - оценкой дыхательной функции и т.д.
- Заболевания, ассоциированные с хронической усталостью и вызванные специфическим возбудителем, такие как болезнь Лайма, сифилис, в случае если их адекватное лечение было проведено до возникновения симптомов хронической усталости.
- Изолированные и необъяснимые параклинические отклонения (изменения лабораторных показателей, нейровизуализационные находки), которых недостаточно для строгого подтверждения или исключения какого-либо заболевания. Например, эти находки могут включать повышение титров антинуклеарных антител при отсутствии дополнительных лабораторных или клинических доказательств, позволяющих достоверно диагностировать

заболевание соединительной ткани.

Необъяснимая хроническая усталость, которая не полностью удовлетворяет диагностическим критериям, может быть расценена как идиопатическая хроническая усталость.

В 2007 г. Национальный институт здоровья Великобритании (NICE) опубликовал менее строгие критерии СХУ, рекомендованные для использования различными специалистами.

- Наличие вновь возникшей, персистирующей или рецидивирующей усталости (свыше 4 мес у взрослых и 3 мес у детей), которая:

- не может быть объяснена каким-либо другим заболеванием;

- значительно ограничивает уровень активности;

- характеризуется недомоганием или усугублением утомляемости после любого усилия (физического или умственного) с последующим чрезвычайно медленным восстановлением (в течение как минимум 24 ч, но, как правило, в течение нескольких дней).

- Наличие одного или более симптомов из следующего списка: нарушение сна, мышечная или суставная боль полисегментарной локализации без признаков воспаления, головная боль, болезненность лимфатических узлов без их патологического увеличения, фарингит, когнитивная дисфункция, ухудшение симптомов при физическом или умственном напряжении, общее недомогание, головокружение и/или тошнота, сердцебиение при отсутствии органической патологии сердца.

В то же время рекомендуется пересмотреть диагноз, если отсутствуют следующие симптомы: недомогание или усталость после физического или умственного усилия, когнитивные трудности, нарушения сна, хроническая боль.

NICE-критерии СХУ подверглись значительной критике со стороны экспертов, поэтому большинство исследователей и клиницистов продолжают использовать международные критерии 1994 г.

Наряду с СХУ выделяют и вторичные формы этого синдрома при ряде неврологических заболеваний. Хроническую утомляемость наблюдают при рассеянном склерозе, болезни Паркинсона, заболеваниях мотонейрона, хронической ишемии мозга, инсультах, постполиомиелитическом синдроме и др. В основе вторичных форм хронической утомляемости лежит непосредственное поражение ЦНС и воздействие других факторов, косвенно связанных с основным заболеванием, например, депрессия, возникшая как реакция на неврологическое заболевание.

ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ

Первоначально склонялись к инфекционной теории развития СХУ (вирусной инфекции), однако при дальнейших исследованиях были выявлены самые разнообразные изменения во многих сферах, включая структуру и функцию мозга, нейроэндокринный ответ, структуру сна, иммунную систему, психологический профиль. В настоящее время наиболее распространена стресс-зависимая модель патогенеза СХУ, хотя она и не может объяснить все патологические изменения, характерные для данного синдрома. Исходя из этого большинство исследователей постулируют, что СХУ - гетерогенный синдром, в основе которого лежат различные патофизиологические отклонения. Некоторые из них могут предрасполагать к развитию СХУ, другие непосредственно вызывают развитие заболевания, а третьи обуславливают его прогрессирование. Факторы риска СХУ включают женский пол, генетическую предрасположенность, определённые личностные черты или стиль поведения и др.

• Стресс-зависимая гипотеза

-В преморбидном анамнезе пациентов с СХУ, как правило, присутствуют указания на большое количество стрессовых жизненных событий, перенесённых инфекционных заболеваний и оперативных вмешательств. Манифестация или обострение СХУ и коморбидных ему состояний у взрослых часто связаны со стрессами или конфликтными ситуациями.

- Психические травмы в детстве (насилие над ребёнком, жестокое обращение, пренебрежение и т.д.) считают важным фактором риска развития СХУ. Высокая реактивность на неблагоприятные психосоциальные факторы характерна для всего спектра расстройств, ассоциированных с психическими травмами в детстве. Стресс в ранний период жизни во время критического периода усиленной пластичности головного мозга постоянно воздействует на регионы мозга, вовлечённые в когнитивно-эмоциональные процессы и регулирующие эндокринную, вегетативную и иммунную системы. Существуют экспериментальные и клинические данные о том, что перенесённые в молодом возрасте психотравмирующие события приводят к длительному нарушению работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и более выраженной реакции на стресс. Впрочем детские психотравмы присутствуют в анамнезе далеко не всех пациентов с СХУ. Вероятно, данный механизм может играть ведущую роль в патогенезе только определённой группы больных СХУ.

- Всесторонние исследования нейроэндокринного статуса при СХУ выявили значимые изменения в деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что подтверждает нарушение физиологического ответа на стресс. У трети пациентов с СХУ выявляют гипокортицизм, который, вероятно, имеет центральное происхождение. Заслуживает внимание и обнаружение в семьях больных СХУ мутации, нарушающей продукцию белка, необходимого для транспорта кортизола в крови. У женщин (но не у мужчин), страдающих СХУ,

снижен утренний пик кортизола по сравнению со здоровыми женщинами. Эти половые различия циркадного ритма выработки кортизола могут объяснить более высокий риск развития СХУ у женщин. Низкий уровень кортизола приводит к дезингибции иммунных медиаторов и определяет ответ на стресс надсегментарных отделов вегетативной нервной системы, что в свою очередь вызывает утомляемость, болевые феномены, когнитивные нарушения и аффективные симптомы. Прием агонистов серотонина у пациентов с СХУ приводит к большему повышению уровня пролактина плазмы по сравнению со здоровыми лицами. У пациентов, страдающих большой депрессией, паттерн нейроэндокринных нарушений обратный (гиперкортицизм, серотонин-обусловленная супрессия пролактина). Напротив, истощение утреннего уровня кортизола отмечено у лиц, страдающих хронической болью и различными эмоциональными нарушениями. В настоящее время нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, гормональный ответ на стресс и особенности нейротрансмиттерных эффектов серотонина являются наиболее воспроизводимыми изменениями, обнаруженными у пациентов с СХУ.

- Для пациентов с СХУ характерно искажённое восприятие естественных телесных ощущений как болезненных симптомов. Для них также типична повышенная чувствительность к физическим нагрузкам (низкий порог изменения сердцебиения, АД и др.). Похожий паттерн нарушения восприятия может наблюдаться в отношении обусловленных стрессами телесных ощущений. Считают, что нарушения перцепции, вне зависимости от этиологии СХУ, являются основой появления и сохранения симптомов и их болезненной интерпретации.

- Нарушения со стороны ЦНС. Некоторые симптомы СХУ (утомляемость, нарушение концентрации внимания и памяти, головная боль) предполагают патогенетическую возможность нарушений функции ЦНС. В ряде случаев при МРТ обнаруживают неспецифические изменения в субкортикальном белом веществе головного мозга, которые, впрочем, не ассоциированы с когнитивными нарушениями. Типичны региональные нарушения перфузии мозга (обычно гипоперфузия) по данным СPECT-сканирования. В целом все выявленные к настоящему времени изменения не имеют клинической значимости.

- Вегетативная дисфункция. D.H. Streeten, G.H. Anderson (1992) высказали предположение, что одной из причин хронической усталости может быть нарушение поддержания АД в вертикальном положении. Возможно, отдельная подгруппа пациентов с СХУ имеет ортостатическую интолерантность [под последней понимают симптомы церебральной гипоперфузии, такие как слабость, липотимия, расплывчатое зрение, возникающие в вертикальном положении и ассоциированные с симпатической активацией (тахикардией, тошнотой, дрожью) и объективным повышением ЧСС более чем на 30 в мин]. Постуральную тахикардию, ассоциированную с ортостатической интолерантностью, достаточно часто наблюдают у индивидуумов с СХУ. Симптомы, характерные для постуральной тахикардии (головокружение,

ощущение сердцебиения, пульсации, нарушение толерантности к физическим и умственным нагрузкам, липотимию, боли в груди, гастроинтестинальные симптомы, тревожные расстройства и др.), также отмечают у многих пациентов с СХУ. Патогенез синдрома постуральной тахикардии остаётся невыясненным, предполагают роль дисфункции барорецепторов, повышенную чувствительность α - и β -адренорецепторов, патологические изменения в венозной системе, нарушения обмена норадреналина и др. В целом у части пациентов СХУ патогенетически, действительно, может быть обусловлен вегетативной дисфункцией, манифестирующей ортостатической интолерантностью.

- **Инфекции.** В качестве возможных этиологических агентов СХУ ранее рассматривали вирус Эпштейна-Барр, вирус герпеса 6-го типа, вирус Коксаки группы В, Т-клеточно-лимфотропный вирус II типа, вирус гепатита С, энтеровирусы, ретровирусы и др. При дальнейших исследованиях надёжные доказательства инфекционной природы СХУ получены не были. Кроме того, терапия, направленная на подавление вирусной инфекции, не улучшает течения заболевания. Тем не менее гетерогенную группу инфекционных агентов продолжают рассматривать в качестве фактора, способствующего манифестации или хроническому течению СХУ.

- **Нарушения со стороны иммунной системы.** Несмотря на многочисленные исследования, у пациентов с СХУ выявлены лишь незначительные отклонения в иммунном статусе. В первую очередь они касаются повышения экспрессии активных маркёров на поверхности Т-лимфоцитов, а также увеличения концентрации различных аутоиммунных антител. Обобщая эти результаты, можно констатировать, что для пациентов с СХУ типична лёгкая активация иммунной системы, однако остаётся неизвестным, имеют ли эти изменения какое-либо патогенетическое значение.

- **Психические расстройства.** Поскольку пока не существует убедительных доказательств соматической обусловленности СХУ, многие исследователи постулируют, что это первичное психическое заболевание. Другие полагают, что СХУ представляет собой одно из проявлений других психических заболеваний, в частности, соматизированного расстройства, ипохондрии, большой или атипичной депрессии. Действительно, у пациентов с СХУ частота аффективных расстройств выше, чем в общей популяции или среди лиц с хроническими соматическими заболеваниями. В большинстве случаев расстройства настроения или тревога предшествуют манифестации СХУ. С другой стороны, высокая распространённость аффективных нарушений при СХУ может быть следствием эмоционального ответа на инвалидизирующую утомляемость, иммунные изменения, нарушения со стороны ЦНС. Существуют и другие возражения против отождествления СХУ с психическими заболеваниями. Во-первых, хотя некоторые проявления СХУ и близки к неспецифическим психическим симптомам, но многие другие, такие как фарингит, лимфаденопатия, арталгия, для психических расстройств совсем не типичны. Во-вторых, тревожно-депрессивные расстройства ассоциируются с центральной активацией

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (умеренный гиперкортицизм), напротив, при СХУ чаще наблюдают центральное ингибирование этой системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Субъективно больные могут по-разному формулировать основную жалобу ("я чувствую себя совершенно измочаленным", "у меня постоянно не хватает энергии", "я полностью истощён", "я обессилил", "обычные нагрузки доводят меня до изнурения" и т.д.). При активном расспросе важно дифференцировать собственно повышенную усталость от мышечной слабости или чувства уныния.

Большинство пациентов оценивают своё преморбидное физическое состояние как превосходное или хорошее. Чувство чрезвычайной усталости появляется внезапно и обычно сочетается с гриппоподобными симптомами. Заболеванию могут предшествовать респираторные инфекции, например бронхит или вакцинация. Реже заболевание имеет постепенное начало, а иногда начинается исподволь в течение многих месяцев. После начала заболевания пациенты замечают, что физические или умственные усилия приводят к усугублению чувства усталости. Многие пациенты считают, что даже минимальное физическое усилие приводит к значительной утомляемости и усилению других симптомов. Длительный отдых или отказ от физической активности могут уменьшать выраженность многих симптомов заболевания.

Часто наблюдаемый болевой синдром характеризуется диффузностью, неопределённостью, тенденцией к миграции болевых ощущений. Помимо боли в мышцах и суставах пациенты жалуются на головную боль, боль в горле, болезненность лимфатических узлов, боли в животе (часто связаны с коморбидным состоянием - синдромом раздражённой кишки). Боль в грудной клетке также типична для этой категории пациентов, некоторые из них жалуются на "болезненную" тахикардию. Отдельные пациенты жалуются на боли в необычных местах [глаза, кости, кожные покровы (боль при малейшем прикосновении к коже), промежность и половые органы].

Изменения со стороны иммунной системы включают болезненность лимфатических узлов, повторные эпизоды боли в горле, рекуррентные гриппоподобные симптомы, общее недомогание, избыточную чувствительность к пищевым продуктам и/или медикаментам, которые ранее переносились нормально.

В дополнение к 8 основным симптомам, обладающим статусом диагностических критериев, у пациентов может быть множество других нарушений (табл. 28-1), частота которых широко варьирует. Наиболее часто пациенты с СХУ отмечают снижение аппетита вплоть до анорексии или его повышение, колебания массы тела, тошноту, потливость, головокружение, плохую переносимость алкоголя и лекарственных препаратов, воздействующих на ЦНС. Распространённость вегетативной дисфункции у пациентов с СХУ не изучена, тем не менее вегетативные нарушения описаны как в отдельных клинических наблюдениях, так и в эпидемиологических исследованиях. Чаще других наблюдают ортостатическую гипотензию и тахикардию, эпизоды потливости, бледность, вялые зрачковые реакции, запоры, учащённое мочеиспускание, дыхательные нарушения (ощущение нехватки воздуха, препятствия в дыхательных путях или

боль при дыхании).

Приблизительно 85% пациентов жалуются на нарушение концентрации внимания, ослабление памяти, однако рутинное нейропсихологическое обследование нарушений мнестической функции обычно не выявляет. Впрочем при углублённом исследовании часто обнаруживают незначительные, но несомненные нарушения памяти и усвояемости информации. В целом пациенты с СХУ обладают нормальными когнитивными и интеллектуальными возможностями.

Нарушения сна представлены трудностями засыпания, прерывистым ночным сном, дневной сонливостью, в то же время результаты полисомнографии весьма переменчивы. Чаще всего описывают "альфа-интрузию" (навязывание) во время медленного сна и уменьшение продолжительности IV стадии сна. Впрочем эти находки нестойки и не обладают диагностической ценностью, кроме того, нарушения сна не коррелируют с тяжестью заболевания. В целом клинически следует отличать утомляемость от сонливости и учитывать, что сонливость может как сопровождать СХУ, так и быть симптомом других заболеваний, исключающих диагноз хронической усталости (например, синдрома сонных апноэ).

Почти у всех пациентов с СХУ развивается социальная дезадаптация. Приблизительно треть пациентов не могут работать и ещё треть предпочитают частичную профессиональную занятость. Средняя продолжительность заболевания составляет 5-7 лет, однако симптомы могут персистировать более 20 лет. Часто заболевание протекает волнообразно, периоды обострения (ухудшения) чередуются с периодами относительно хорошего самочувствия. У большинства пациентов наблюдают частичные или полные ремиссии, но заболевание часто рецидивирует.

Таблица 28-1. Дополнительные симптомы, выявляемые у пациентов с СХУ

Синдром раздражённой кишки (боли в животе, тошнота, диарея или вздутие живота).

Озноб и потливость по ночам.

Ощущение тумана, пустоты в голове.

Боль в груди.

Затруднённое дыхание.

Хронический кашель.

Зрительные нарушения (нечёткость зрения, непереносимость яркого света, боль в глазах, сухость глаз).

Аллергия на пищевые продукты, повышенная чувствительность к алкоголю, запахам, химическим веществам, лекарственным средствам, шуму.

Трудности поддержания вертикального положения (ортостатическая нестабильность, нерегулярное сердцебиение, головокружение, неустойчивость, обмороки).

Психологические проблемы (депрессия, раздражительность, колебание

настроения, тревога, панические атаки).

Боли в нижней половине лица. Увеличение или уменьшение массы тела

Чувство чрезмерной усталости, так же как и собственно СХУ, коморбидно многим функциональным заболеваниям, таким как фибромиалгия, синдром раздражённой кишки, посттравматическое стрессорное расстройство, дисфункция нижнечелюстного сустава, хронические тазовые боли и др.

ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Каких-либо специфических параклинических тестов для подтверждения клинического диагноза СХУ не существует. В то же время в обязательном порядке проводят обследование для исключения заболеваний, одним из проявлений которых может быть хроническая усталость. Клиническая оценка пациентов с ведущей жалобой на хроническую усталость включает следующие мероприятия.

- Детализацию истории болезни, включая используемые пациентом лекарственные средства, которые могут быть причиной утомляемости.
- Исчерпывающее обследование соматического и неврологического статуса пациента. Поверхностная пальпация соматической мускулатуры у 70% пациентов с СХУ при мягком надавливании выявляет болезненные точки, локализующиеся в различных мышцах, часто их расположение соответствует таковому при фибромиалгии.
- Скрининговое исследование когнитивного и психического статуса.
- Проведение совокупности скрининговых лабораторных тестов:
 - общего анализа крови (включая лейкоцитарную формулу и определение СОЭ);
 - биохимического анализа крови (кальций и другие электролиты, глюкоза, белок, альбумин, глобулин, креатинин, АЛТ и АСТ, щелочная фосфатаза);
 - оценки функции щитовидной железы (гормоны щитовидной железы);
 - анализа мочи (белок, глюкоза, клеточный состав).

Дополнительные исследования обычно включают определение С-реактивного белка (маркёр воспаления), ревматоидного фактора, активности КФК (мышечный фермент). Определение ферритина целесообразно у детей и подростков, а также у взрослых в случае, если другие тесты подтверждают дефицит железа. Специфические тесты, подтверждающие инфекционные заболевания (болезнь Лайма, вирусные гепатиты, ВИЧ, мононуклеоз, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция), а также серологическую панель тестов на вирусы Эпштейна-Барр, энтеровирусы, ретровирусы, вирусы герпеса 6-го типа и *Candida albicans* проводят только при наличии в анамнезе указаний на инфекционное заболевание. Напротив, МРТ головного мозга, исследование кардиоваскулярной системы относят к рутинным методам при подозрении на СХУ. Для исключения сонных апноэ следует провести полисомнографию.

Кроме того, целесообразно использовать специальные опросники, помогающие оценить тяжесть заболевания и мониторировать его течение. Чаще всего применяют следующие.

- Многомерный опросник на утомляемость (Multidimensional Fatigue Inventory - MFI) оценивает общую усталость, физическую утомляемость, умственную утомляемость, редукцию мотиваций и активности. Утомляемость определяют как тяжёлую, если оценка по шкале общей усталости составляет 13 баллов и

более (или по шкале редукции активности - 10 баллов и более).

- Опросник качества жизни SF-36 (Medical outcomes survey short form-36) для оценки нарушений функциональной активности по 8 категориям (ограничение физической активности, ограничение обычной ролевой активности из-за проблем со здоровьем, ограничение обычной ролевой активности из-за эмоциональных проблем, телесные боли, оценка общего здоровья, оценка жизнеспособности, социальное функционирование и общее психическое здоровье). Идеальная норма составляет 100 баллов. Для пациентов с СХУ характерны снижение функциональной активности (70 баллов и менее), социального функционирования (75 баллов и менее) и снижение по эмоциональной шкале (65 баллов и менее).
- Список симптомов CDC (CDC Symptom Inventory) для выявления и оценки продолжительности и тяжести сопутствующего утомляемости симптомокомплекса (в минимизированном виде представляет собой суммарную оценку тяжести 8 симптомов-критериев СХУ).
- При необходимости также используют опросник МакГилла для оценки боли (McGill Pain Score) и опросник для оценки качества сна (Sleep Answer Questionnaire).

СХУ - диагноз исключения, то есть для его постановки необходима тщательная дифференциальная диагностика для исключения многих тяжёлых и даже угрожающих жизни заболеваний (хронические заболевания сердца, анемия, патология щитовидной железы, опухоли, хронические инфекции, эндокринные заболевания, болезни соединительной ткани, воспалительные заболевания кишечника, психические расстройства и др.).

Кроме того, следует помнить, что чувство усталости может быть побочным эффектом некоторых лекарственных препаратов (миорелаксанты, анальгетики, β -адреноблокаторы, бензодиазепины, антигистаминные и противовоспалительные средства, интерфероны бета).

ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку этиология и патогенез СХУ до настоящего времени неизвестны, обоснованных терапевтических рекомендаций не существует. Проведены контролируемые исследования эффективности некоторых лекарственных препаратов, пищевых добавок, поведенческой терапии, физического тренинга и др. В большинстве случаев результаты оказались негативными или малоубедительными. Наиболее обнадеживающие результаты были получены в отношении комплексного немедикаментозного лечения.

Медикаментозное лечение

Существуют единичные исследования, свидетельствующие о некотором положительном эффекте внутривенного иммуноглобулина (по сравнению с плацебо), однако эффективность этого метода терапии пока нельзя считать доказанной. Большинство других препаратов (глюкокортикоиды, интерфероны, противовирусные средства и др.) оказались неэффективны в отношении как собственно чувства утомляемости, так и других симптомов СХУ.

В клинической практике широко применяют антидепрессанты, позволяющие успешно купировать некоторые симптомы СХУ (улучшают сон и уменьшают боли, позитивно влияют на коморбидные состояния, в частности на фибромиалгию). В некоторых открытых исследованиях установлен положительный эффект обратимых ингибиторов МАО, особенно у больных с клинически значимыми вегетативными симптомами. Впрочем следует учитывать, что большинство пациентов с СХУ плохо переносят лекарственные препараты, действующие на ЦНС, поэтому терапию следует начинать с низких доз. Предпочтение должно отдаваться антидепрессантам с благоприятным спектром переносимости. Кроме того, официальные препараты растительного происхождения с существенно меньшим количеством побочных эффектов могут рассматриваться в качестве альтернативной терапии у лиц, имеющих негативный опыт использования антидепрессантов. Основу большинства официальных комплексных фитопрепаратов составляет валериана. Контролируемые рандомизированные исследования демонстрируют, что эффекты валерианы на сон включают улучшение качества сна, удлинение времени сна и уменьшение времени периода засыпания. Гипнотический эффект валерианы на сон более очевиден у лиц, страдающих инсомнией, чем у здоровых лиц. Эти свойства позволяют использовать валериану у лиц с СХУ, ядром клинической картины которого являются диссомнические проявления. Чаще применяют не простой экстракт валерианы, а комплексные растительные препараты (новопасситΔ), в которых гармоничное сочетание экстрактов лекарственных растений обеспечивает комплексное психотропное (седативное, транквилизирующее, мягкое антидепрессивное) и "органотропное" (спазмолитическое, анальгезирующее, противоаллергическое, вегетостабилизирующее) действие.

Существуют данные, что у некоторых пациентов получен положительный

эффект при назначении амфетамина и его аналогов, а также модафинилар.

Кроме того, применяют парацетамол или другие НПВС, которые особенно показаны пациентам с мышечно-скелетными нарушениями (болезненность или скованность мышц).

При нарушениях сна иногда может потребоваться назначение снотворных. Как правило, следует начинать с антигистаминных препаратов (доксиламин) и только в случае отсутствия эффекта назначать рецептурные снотворные в минимальных дозах.

Некоторые пациенты используют альтернативное лечение - витамины в больших дозах, фитотерапию, специальные диеты и др. Эффективность этих мероприятий не доказана.

Немедикаментозное лечение

Широко применяют когнитивную поведенческую терапию, предназначенную для устранения патологической перцепции и извращённой интерпретации телесных ощущений (т.е. факторов, играющих значительную роль в поддержании симптомов СХУ). Когнитивная поведенческая терапия также может быть полезна для обучения больного более эффективным копинг-стратегиям, что в свою очередь может привести к повышению адаптивных возможностей. В контролируемых исследованиях установлено, что положительный эффект отмечают 70% пациентов. Полезным может быть сочетание программы ступенчатых физических упражнений с когнитивной поведенческой терапией.

Техника глубокого дыхания, техники мышечной релаксации, массаж, кинезиотерапия, йога рассматриваются как дополнительные воздействия (главным образом для устранения коморбидной тревожности).

Прогноз

При длительном наблюдении за пациентами с СХУ установлено, что улучшение наступает приблизительно в 17-64% случаев, ухудшение - в 10-20%. Вероятность полного излечения не превышает 10%. Возвращаются к прежним профессиональным занятиям в полном объёме 8-30% заболевших. Пожилой возраст, большая длительность заболевания, выраженная утомляемость, коморбидные психические заболевания - факторы риска неблагоприятного прогноза. Напротив, у детей и подростков чаще наблюдают полное выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Е.И., Неврология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт
2. Электронный ресурс
«Росмедлиб»<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444054.html>
3. Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров ; под общ. ред. Е.И. Гусева - М. : Литтерра, 2018.