

«Гомельский государственный медицинский университет»  
Кафедра неврологии и нейрохирургии, с курсом  
медицинской реабилитации и курсом психиатрии

# СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

ПОДГОТОВИЛА  
СТУДЕНТКА 5 КУРСА  
КОЛБАСКО ИРИНА  
АЛЕКСЕЕВНА



Термин «синдром хронической усталости» (СХУ) впервые был введен в 1988 году Центром по контролю заболеваний США, когда внезапно увеличилось число пациентов с жалобами на выраженную постоянную усталость, которая проявляется без видимых причин.



**CENTERS FOR DISEASE  
CONTROL AND PREVENTION**

---

- **Синдром хронической усталости**, также называемый миалгическим энцефаломиелитом, представляет собой сложное гетерогенное заболевание, чаще всего характеризующееся повышенной усталостью, когнитивными нарушениями, проблемами со сном и сопутствующей скелетной и мышечной болью.
-

# Распространенность

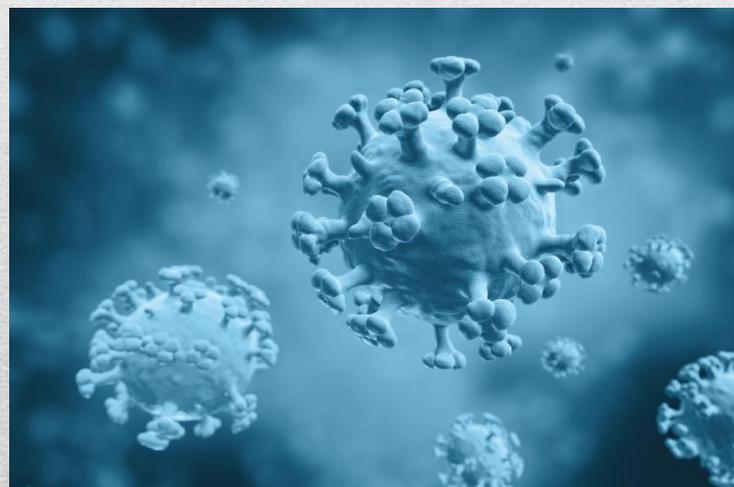
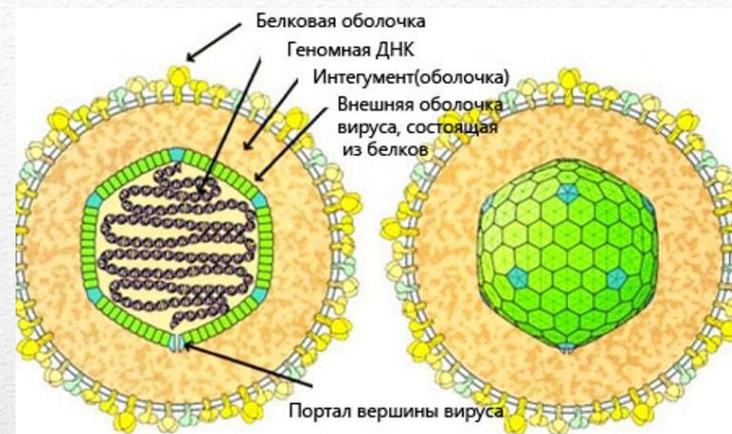
По данным большинства исследователей, в разных странах и социально-демографических группах распространенность приблизительно одинакова. Характерно развитие синдрома у активных, ответственных и преуспевающих людей, трудоголиков по своей сути. Большинство авторов в настоящее время разделяют мнение о том, что СХУ чаще развивается у женщин (около 70% всех клинических описаний и данных эпидемиологических исследований) в возрасте 25 - 49 лет, хотя этот синдром выявляется как среди детей, так и в старшей возрастной группе.



# Этиология

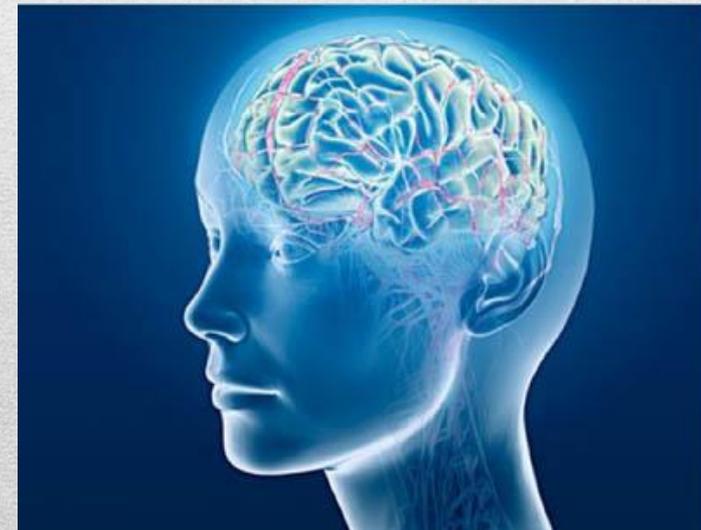
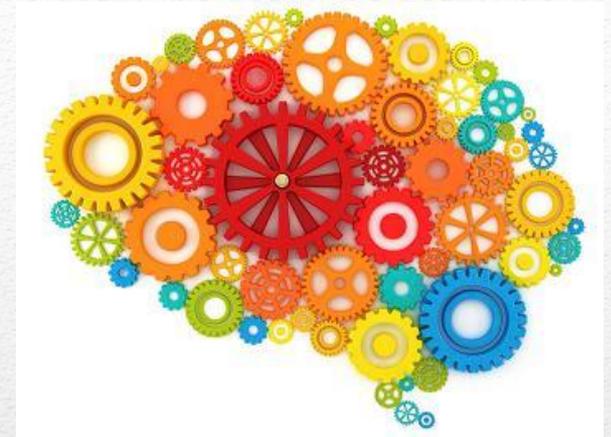
## 1. Вирусная теория

У больных были обнаружены повышенные титры антител (АТ) к вирусу Эпштейна - Барр (EBV). Так же у больных выявляют маркеры других вирусных инфекций: цитомегаловирусной (CMV), вируса герпеса I и II типа (HHV-1 и HHV-11), энтеровирусов, вируса герпеса 6 типа (HHV-6) и др.



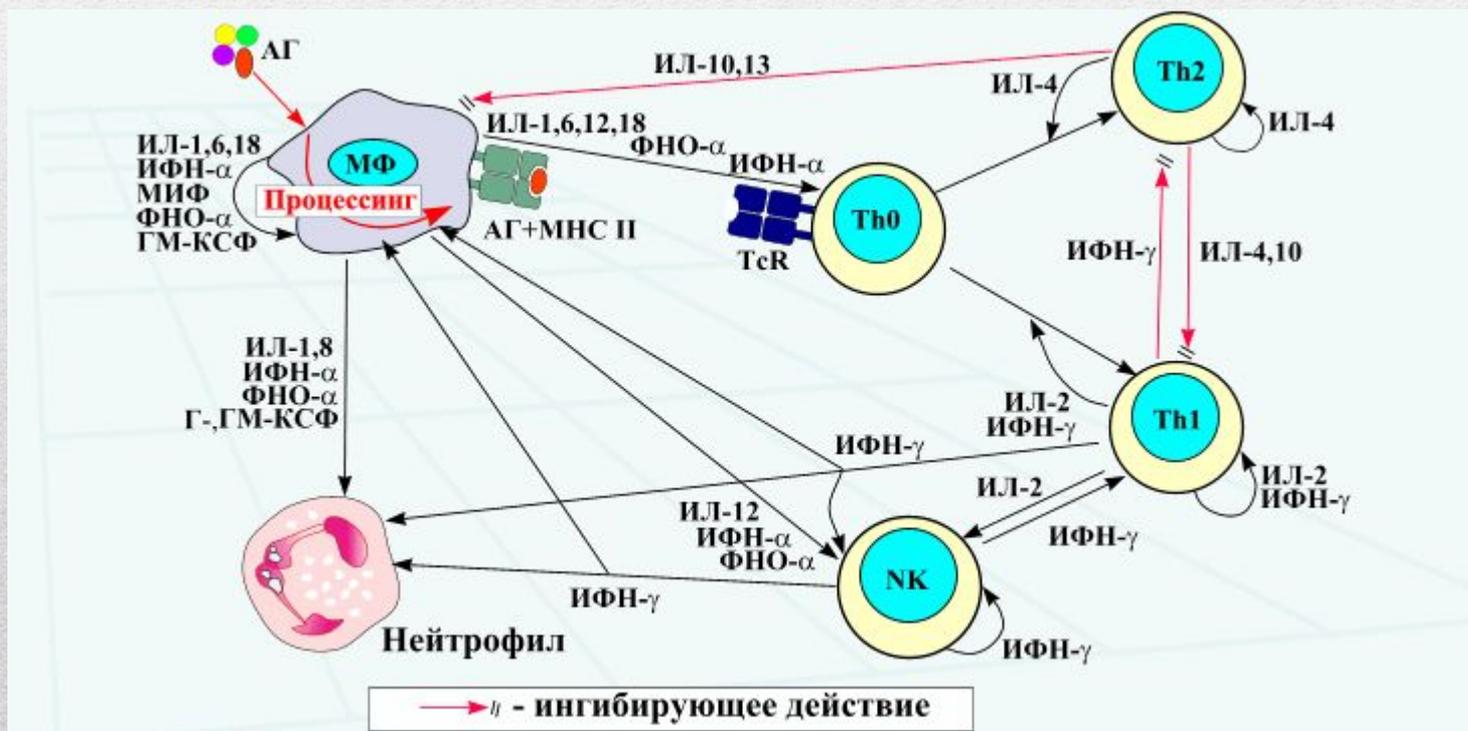
2. Другую точку зрения отстаивают психиатры, считающие первичным психическое заболевание с последующим нарушением функции эндокринной, иммунной и других систем и развитием соответствующего симптомокомплекса.

Ученые считают, что чаще всего депрессия, как преморбидное состояние, встречается у больных с СХУ. Это позволяет предположить психологическую предрасположенность к СХУ.

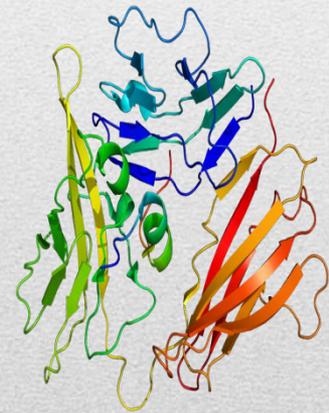
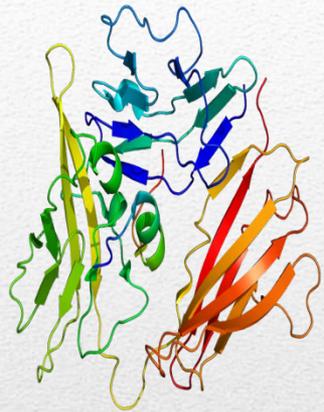


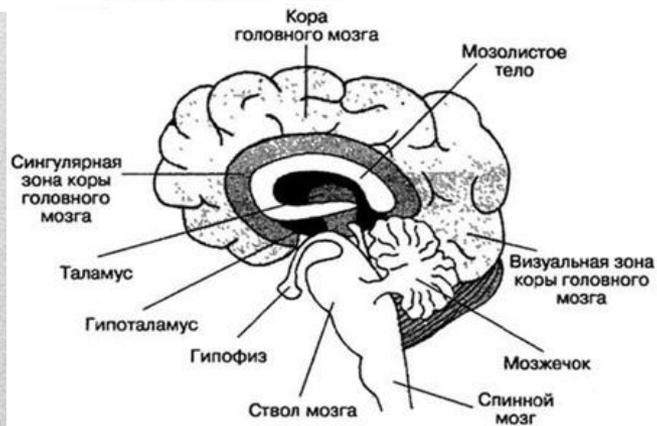
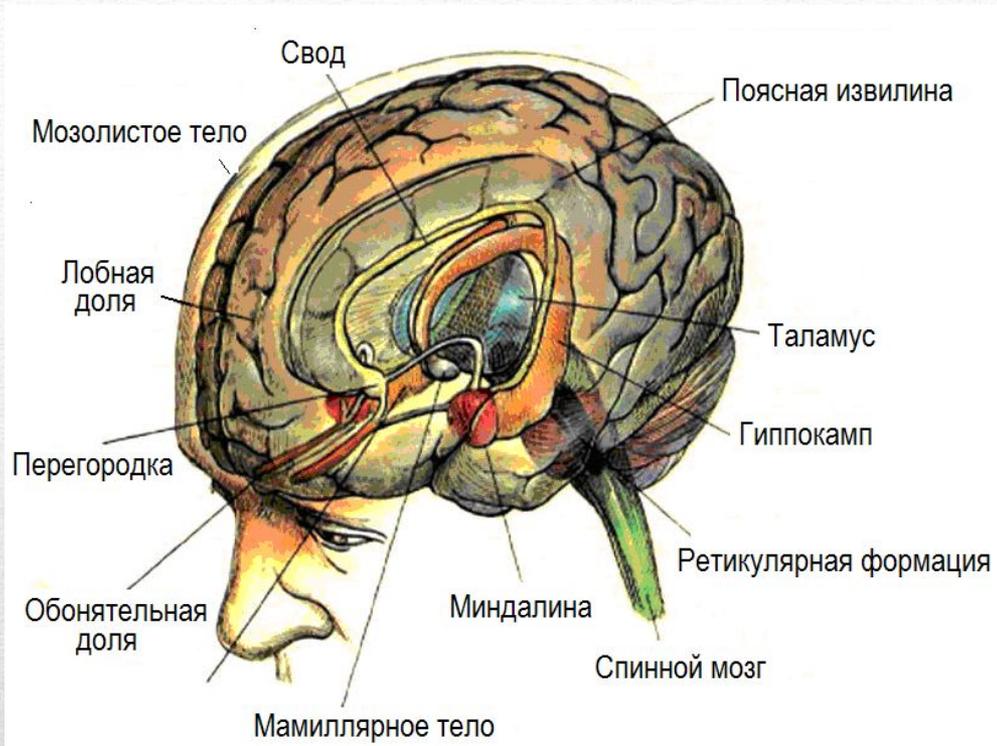
# Патогенез

## Нарушение в системе ЦИТОКИНОВ!



- При сбоях в функционировании цитокиновой сети, интерлейкины (ИЛ) могут оказывать местное и системное повреждающее действие, поддерживая патологические процессы при ряде острых и хронических заболеваний. В большинстве работ у больных СХУ обнаружено увеличение содержания отдельных **провоспалительных** цитокинов, несколько реже отмечалось увеличение количества ИЛ, обладающих **противовоспалительными** свойствами (ИЛ-4, ИЛ-6). Дисбаланс в содержании отдельных цитокинов может играть роль в патогенезе СХУ, в развитии иммунной и нейроэндокринной дисфункций, характерных для этого заболевания.
- Экспериментальные исследования подтверждают, что для головного мозга цитокины являются сигналами болезни. Более того, они могут быть факторами, меняющими приоритеты организма. Возникающее при этом недомогание является результатом изменения функционирования ЦНС и эндокринной системы под влиянием цитокинов.





Американские ученые выявили связь синдрома с нарушениями в работе лимбической системы ЦНС, с которой связана эмоциональная сфера, работоспособность, память, суточный ритм сна и бодрствования, вегетативная регуляция многих внутренних органов.

# Дифференциальная диагностика

Таблица 1. Сравнение степени выраженности характерных признаков при СХУ и ФМ

Признак	СХУ	ФМ
Внезапное начало	+++	+
Значительная слабость	+++	++
Болезненные лимфоузлы	+++	—
Лихорадка	+++	—
Утренняя напряженность	++	+++
Нарушения сна	++	+++
Фарингит	++	+
Головные боли	+++	++
Тревожность	++	+
Иммунная дисфункция	+++	+
Нейрогормональная дисфункция	+++	+++

## Симптомы фибромиалгии



- Необходима дифференциальная диагностика с заболеваниями эндокринной системы, ревматическими заболеваниями, неврологическими заболеваниями, гематологическими заболеваниями, хроническими системными заболеваниями, отравлениями тяжелыми металлами, наркотиками, алкоголем и последствиями облучения.



# Диагностика

---

Для диагностики СХУ используются критерии, опубликованные в 1988, 1991, 1992 и 1994 гг. Центром контроля за заболеваниями (США), которые включают в себя комплекс больших, малых и объективных критериев.

*Большими диагностическими критериями служат:*

- 1) непроходящая усталость и снижение работоспособности (не менее чем на 50%) у ранее здоровых людей в течение последних **6** месяцев;
- 2) исключение других причин или болезней, которые могут вызвать хроническую усталость.



К *малым симптоматическим критериям* заболевания следует отнести следующие. Заболевание начинается внезапно, как и при гриппе, с

- 1) повышения температуры до 38°C;
  - 2) болей в горле, першения;
  - 3) небольшого увеличения (до 0,3 — 0,5 см) и болезненности шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов;
  - 4) необъяснимой генерализованной мышечной слабости;
  - 5) болезненности отдельных групп мышц (миалгии);
  - 6) мигрирующих болей в суставах (артралгии);
  - 7) периодических головных болей;
  - 8) быстрой физической утомляемости с последующей продолжительной (более 24 часов) усталостью;
  - 9) расстройства сна (гипо- или гиперсомния);
  - 10) нейропсихологических расстройств (фотофобия, снижение памяти, повышенная раздражительность, спутанность сознания, снижение интеллекта, невозможность концентрации внимания, депрессия);
  - 11) быстрого развития (в течение часов или дней) всего симптомокомплекса.
-

***Объективными (физикальными) критериями  
служат:***

- 1) субфебрильная лихорадка;
- 2) неэкссудативный фарингит;
- 3) пальпируемые шейные или подмышечные лимфоузлы (менее 2 см в диаметре).

Диагноз СХУ устанавливается при наличии 1 и 2 больших критериев, а также малых симптоматических критериев: 6 (или больше) из 11 симптоматических критериев и 2 (или больше) из 3 физикальных критериев; или 8 (или больше) из 11 симптоматических критериев.

---

**Международная группа по изучению СХУ в 1994 г. опубликовала рекомендации по диагностике СХУ, выработанные на основе многолетних исследований в разных странах. Они включают следующие этапы:**

- подробный анамнез и физикальное обследование;
  - оценка психического статуса (при обнаружении отклонений необходимо провести психиатрическое, психологическое или неврологическое обследование);
  - проведение лабораторного обследования (биохимическое исследование крови и мочи);
- Определение маркера воспаления (с-реактивного белок)
- ревматоидный фактора
- активность КФК (мышечный фермент)
- у детей и подростков ферритин (при дефиците железа)
  - проведение дополнительного обследования при наличии клинических показаний с целью исключения другого диагноза.

Если выраженность усталости или другие симптомы не соответствуют критериям СХУ, то такую усталость следует относить к "идиопатической хронической усталости". Термин "продолжительная усталость" применяется к случаям, когда она наблюдается в течение 1 мес и более (но меньше 6 мес).

---



# Лечение

---



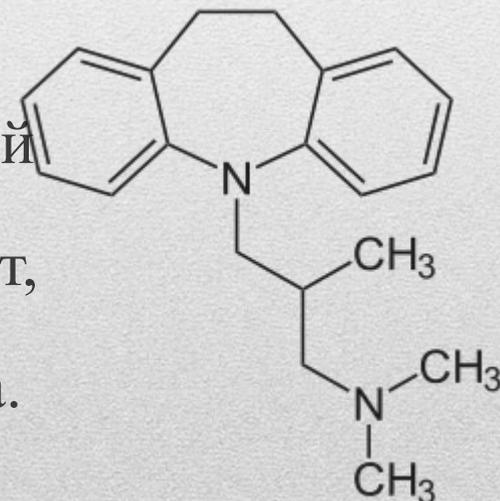
- Малые дозы психотропных средств: трициклические антидепрессанты,
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин) и др.



- Назначают также витамины, микроэлементы.



- Описан заметный клинический эффект при использовании эссенциальных жирных кислот, обсуждается возможность применения ацетилкарнитина.



Изучается эффективность иммуотропной терапии (введение иммуноглобулинов, стимуляторов иммунитета и т.д.), антимикробного и противовирусного лечения. Ряд авторов рекомендуют проводить коррекцию состояния иммунной системы (малые дозы глюкокортикоидов)

Применяют также симптоматическую терапию (нестероидные противовоспалительные средства, обезболивающие, H<sub>2</sub>-блокаторы и т.д.). Существенную помощь оказывают методы психологической и функциональной реабилитации (в том числе физиотерапевтические, лечебная физкультура и т.д.).

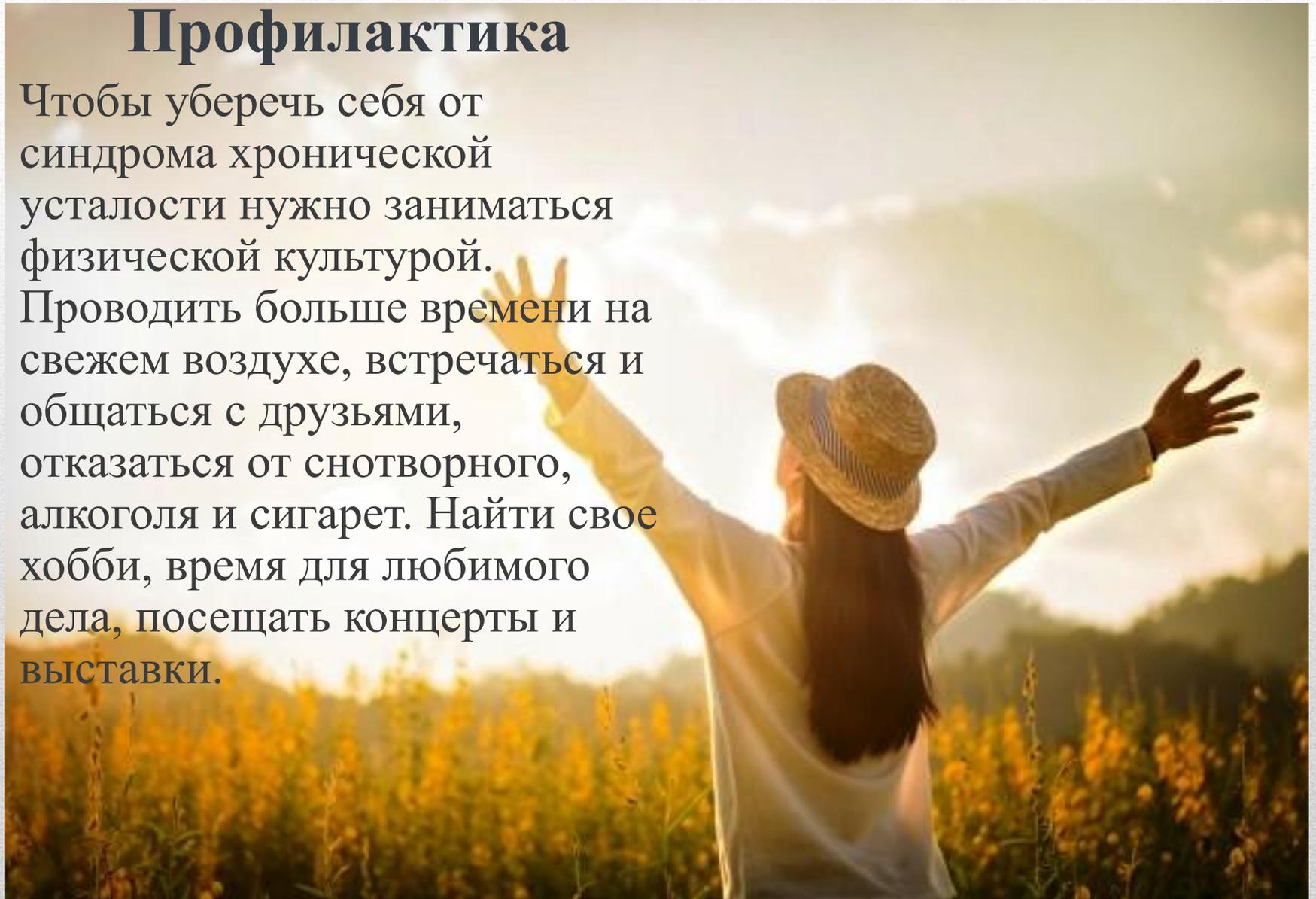


- Одним из эффективных методов лечения синдрома хронической усталости признано иглоукалывание (акупунктура) – метод воздействия на биологические активные точки с помощью специальных игл. Акупунктура оказывает регуляторное воздействие на весь организм, восстанавливает нарушенные связи между внутренними органами, улучшает работу вегетативной нервной системы, снимает последствия



# Профилактика

Чтобы уберечь себя от синдрома хронической усталости нужно заниматься физической культурой. Проводить больше времени на свежем воздухе, встречаться и общаться с друзьями, отказаться от снотворного, алкоголя и сигарет. Найти свое хобби, время для любимого дела, посещать концерты и выставки.



Для профилактики депрессии употреблять в пищу только полезные продукты, так как еда способствует повышению обмена веществ. Завтракать нужно обязательно, желательно цельнозерновыми продуктами. Не пропускать обед и ужин, не делать большие перерывы между приемами пищи. При плохом самочувствии, в период утомления следует отказаться от диет, питание должно быть полноценным. Переесть также не следует, дабы избавить организм от «лишней» работы и затраты энергии на переваривание пищи. Самый оптимальный вариант – принимать пищу в 5-6 приемов, поддерживая таким образом уровень сахара и инсулина в крови на нормальном уровне.



- Большую роль в хорошем самочувствии человека играет полноценный сон. Перед сном никогда не нужно обдумывать серьезные дела.
- Не пить на ночь напитков, содержащих кофеин, что ведет к бессоннице. Лучший вариант – это расслабиться и думать только о хорошем.



- Учись планировать свое время и распределять обязанности. Это поможет снизить уровень стресса и нагрузки.
- Отдыхайте два дня в неделю и обязательно каждый год берите отпуск!



# Литература

- 1. Artsimovich N. G. //Theses of Simposium with International Participation Current Problems of Clinical and Experimental Psychoneuroimmunology. Tomsk, Russia, 1992. Vol. 1. P. 80 — 82.
  - 2. Beard D. S. //Boston Medical and Suxgical J. 1869. Vol. 3. P. 217 — 220.
  - 3. Bell D. S., Bell K. M. //Ann. Intern. Med. — 1988. Vol. 109. № 2. P. 167.
  - 4. Bell D. S. //The CFIDS Chronicle. J. CFIDS Assoc. 1992. P. 2 — 5.
  - 5. Bell E. J., McCarthy R. A. Riding M. H.//J. R. Soc. Med. 1988. Vol. 81. P. 329 — 331.
  - 6. Buchwald D. //Post-viral Fatigue Sindrom. Edited by R. Jenkins and J. Mowbray. 1991. P. 117 — 136.
  - 7. Buchwald D., Komaroff A. L. //Rev. Infect. Dis/ 1991 Vil. 13. Suppl 1. P. 12 — 18.
  - 8. Buchwald D., Cheney P. R., Peterson D. L., et al.//Annals Inter. Med. 1992. Vol. 116. № 2. P. 103 — 113.
  - 9. Calabrese L., Danoa Th., Camera E., Wilke W.// The CFIDS Chrinicle. J. CFIDS Assoc. 1992. P. 6 — 12.
  - 10. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. Ann Intern Med 1994;121:953-9.
    - 12. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, et al. Prevalence of Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome in a Primary Care Practice. Arch Intern Med 1993;153:2759-65.
    - 13. Dantur R. Current studies of the neurology of chronic fatigue syndrome. Encephale 1994;20:597-602.
    - 14. Natelson BH, Cohen JM, Brassloff I, et al. A Controlled Study of Brain Magnetic Imaging in Patients with Chronic Fatigue Syndrome. J Neurol Sci 1993;120:213-7.
    - 15. Bates D.W., Buchwald D., Lee J., et al. Clinical Laboratory Test Findings in Patients with Chronic Fatigue Syndrome. Arch Intern Med 1995;155:97-103.
    - 16. Didkovsky NA, Malashenkova IK. Pharyngitis Caused by Chlamydia Trachomatis Associated with Chronic Fatigue Syndrome and Immunodysfunction. Eur Resp J, 1996;9 (suppl. 23):2035.
    - 17. Morriss A, Sharpe M, et al. Abnormalities in Sleep in Patients with the Chronic Fatigue Syndrome. Br Med J 1993;306:11611-4.
-



**Спасибо за внимание!**