

заболевания и его последствий является в сторону активной борьбы больного с болезнью. И таким образом уменьшается количество хронических форм заболевания, улучшается качество жизни больных.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

В.А. Сапфинова, Е.В. Гусева, А.А. Зусьман

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Синдром хронической усталости - болезнь, характеризующаяся изнуряющей утомляемостью в сочетании с некоторыми общими, соматическими, неврологическими и психическими расстройствами.

Как отдельная нозологическая единица болезнь выделена сравнительно недавно, но медицинская литература прошлого свидетельствует, что она не нова и существует на протяжении веков. Синдром хронической усталости порой мог скрываться за такими диагнозами как меланхолия, неврастения; вегето – сосудистая дистония, гипервентиляционный синдром, хронический бруцеллёз, энцефаломиелит, гипогликемия, синдром непереносимости химических раздражителей, хронический кандидоз, инфекционный мононуклеоз, хроническая инфекция, вызванная вирусом Эпштейна – Барра, постинфекционная астения и другие. Диагностические критерии синдрома хронической усталости, основанные на сочетании определенных симптомов, при отсутствии других заболеваний разработаны центром по контролю заболеваемости США в 1998г., а в 1994г. пересмотрены и дополнены.

Эпидемиология. Женщины болеют в 2 раза чаще. Типичный возраст начала болезни 25-45 лет, но могут заболеть и дети и пожилые люди.

Синдром хронической усталости встречается во многих развитых странах. В основном это отдельные случаи, но описано и около 30 локальных подъёмов заболеваемости, в частности в Лос – Анджелесе (1934г), в исландском городе Акюрейри (1948г), в Лондонской королевской больнице (в 1955г.), в штате Флорида (1956 г), в штате Невада (1985г.)

Такие «вспышки» заставили думать об инфекционной этиологии болезни или искать причину среди вредных факторов окружающей среды. Но эти предположения не подтвердились.

Трудно оценить распространенность синдрома хронической усталости, поскольку диагностика его основана на чисто формальных описательных критериях.

Хроническая усталость сама по себе очень часта, на неё жалуются около 20% больных, обращающихся к врачу.

Но синдром хронической усталости как самостоятельная болезнь встречается гораздо реже.

По данным Центра по контролю заболеваемости его распространенность составляет 2-7 больных на 100 000 человек. В последнем доработанном варианте диагностических критериев устранены некоторые неопределенные моменты и снят ряд ограничений, имевшихся в первых реакциях. С одной стороны новый вариант проще и удобнее для врачей, но с другой стороны расширение диагностических критериев позволяет чаще ставить этот диагноз, что приведет к кажущемуся подъёму заболеваемости.

Патогенез.

Многообразие названий синдрома хронической усталости отражает многообразие представлений о его этиологии.

Попытки разобраться в его происхождении опираются на три несомненных фактора: синдром хронической усталости часто возникает после перенесенной инфекции, для него характерны иммунные нарушения; он, как правило, сопровождается депрессией. Некоторые исследователи придают этиологическое значение вирусам (одному или нескольким), а именно – лимфотропным герпес вирусом. Основания для этого следующие. Во-первых синдром хронической усталости провоцируется различными острыми инфекциями, а многие вирусы способны персистировать в человеческом организме и вызывать хронические заболевания. Во-вторых, у больных с синдромом хронической усталости повышен титр антител к разным вирусам, в частности,

большинству герпес вирусов, вирусам кори, краснухи, коксаки группы В. В третьих, по некоторым данным у больных с синдромом хронической усталости повышается содержание некоторых вирусных антигенов, и вирусных нуклеиновых кислот. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что вирусные инфекции провоцируют синдром хронической усталости.

При синдроме хронической усталости выявляются также изменения иммунитета. Кроме повышенного титра противовирусных антител, выявляется неспецифическое повышение титра антинуклеарных антител, сниженное содержание иммуноглобулинов, подавление пролиферации лимфоцитов и выработка цитокинов, увеличение доли Т – лимфоцитов, экспрессирующих поверхностные маркеры активации. Ни одно из этих изменений не является обязательным для синдрома хронической усталости и не связано с тяжестью болезни. Нарушения иммунитета не специфичны, не имеют диагностического значения, но подкрепляют теорию, что многие симптомы хронической усталости обусловлены избыточным высвобождением цитокинов.

Выявлены также расстройства, свидетельствующие о сниженной секреции кортиколиберина гипоталамусом. У больных снижена концентрация кортизола, повышена концентрация АКТГ. Предполагается, что именно этими эндокринными нарушениями отчасти обусловлены утомляемость и психические расстройства. Около 2/3 больных страдают легкой или умеренной депрессией и при синдроме хронической усталости она встречается чаще, чем при других соматических болезнях.

Существует гипотеза, что синдром хронической усталости является первично-психогенным заболеванием, а нейроэндокринные нарушения и нарушение иммунитета вторичные.

Клиническая картина.

Характерно внезапное начало у ранее активного человека, часто после гриппоподобного или другого острого заболевания, либо эмоционального напряжения. Провоцирующее состояние проходит, но остается непреодолимое изнеможение. Другие симптомы – головная боль, боль в горле, болезненность лимфоузлов, миалгия, артралгия, нередко лихорадка – наводят на мысль о затянувшейся инфекции. Болезнь прогрессирует, присоединяются расстройства сна, нарушение сосредоточения, депрессия. Болезнь становится хронической с колебаниями состояния. При наибольшей утомляемости сильны боли, выражена неспособность к сосредоточению. Состояние ухудшается при физическом и умственном перенапряжении. Большинству больных удается приспособиться к своему состоянию и сохранить ограниченный объем профессиональных, бытовых, общественных обязанностей без дополнительных нагрузок. Однако, некоторые больные не могут работать, другие требуют ухода. Синдром хронической усталости не прогрессирует, но длительность заболевания может повлечь за собой потерю работы, ощущение безнадежности, замкнутость. Вместе с тем у части больных состояние со временем улучшается, а изредка наблюдается полное выздоровление.

Диагностика.

Никакими методами, включая самые сложные и редкие, диагноз синдрома хронической усталости подтвердить нельзя. Диагноз ставится на сочетании неспецифических признаков и исключении других заболеваний.

Проявлениями синдрома хронической усталости являются следующие симптомы: утомляемость, нарушение сосредоточения, головная боль, боли в горле, болезненность лимфоузлов, миалгия, расстройство сна, клинические нарушения, аллергии, кишечные колики, потеря веса, сыпь, тахикардия, прибавка веса, боль в груди, ночные поты

Диагностические критерии синдрома хронической усталости, разработаны центром по контролю заболеваемости в США (последняя редакция. Диагноз синдрома хронической усталости ставится при наличии:

Необъяснимой утомляемости, которая появилась в известный больному период, носит постоянный или рецидивирующий характер, не обусловлен физической нагрузкой, не проходит после отдыха и значительно снижает активность (работу, учебу, общественную и бытовую деятельность).

Четырех и более из следующих симптомов при условии, что они появились не раньше утомляемости и держаться не менее полугода (постоянно или рецидивируют):

снижение кратковременной памяти или способности к сосредоточению;

боли в горле

болезненность шейных или подмышечных лимфоузлов;

миалгия;
полиартралгия без покраснения или припухлости суставов;
головная боль (иная по характеру или интенсивности, чем до болезни);
отсутствие чувства отдыха после сна
длящееся более 24 часов недомогание после физической нагрузки.
Лечение.

При обращении больного с синдромом хронической усталости: во-первых: больной должен знать о своей болезни, во вторых, больного периодически нужно всесторонне обследовать с целью исключения других заболеваний. В третьих, нестероидные противовоспалительные средства уменьшают головную боль, миалгию, артралгию, лихорадку.

Антидепрессанты улучшают настроение и сон, уменьшают синдром усталости.

В четвертых, больные должны получить рекомендации относительно образа жизни. Следует исключить переедание, употребление кофе и спиртных напитков. Необходима дозированная физическая нагрузка, поведенческая психотерапия; борьба с нарушением памяти, с апатией и отчаянием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Acneson ED. The clinical syndrome variously called benign myalgia, encephalomyelitis, Jørgensen disease and epidemic neuromyositis. Am. J. Med. 26: 589, 1959
2. Bock J.H. Whelan J (eds) Ciba Foundation Symposium 173, 1993
3. С Штраус. Синдром хронической усталости. Практика 2005г. 7 стр 3014-3017
4. Fukuda K et al: fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study: Ann Intern Med 121. 953, 1994

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ И НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ. (F 43.1. МКБ – 10)

В.А. Сапфирова, О.М. Штанг, А.А. Зусьман

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что от 10 до 30% населения обращаются за помощью к врачам общей практики. При этом только 3% больных жалуются на чисто психические проблемы, 68,8% предъявляют только соматические жалобы и 27,6% одновременно соматические и психологические жалобы. У большинства этих больных (75%) эти расстройства приобретают хронический характер и требуют проведения определенной терапии.

Стрессовые расстройства и нарушения адаптации объединяются тем, что в их патогенезе существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, т.е. воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности. Выраженная тревожность может быть вызвана экстремальной психической травмой, с аффективно-шоковой реакцией. Они приводят к значительным изменениям в жизненном укладе, которые способствуют нарушению адаптации (травма или смерть близких людей, угроза самому больному).

Это расстройство возникает в результате пребывания в экстремальных ситуациях, катастрофах с переживаниями страха и ужаса. Хотя большую роль в развитии данных расстройств играет индивидуальная предрасположенность и уязвимость, то есть наследственные, конституциональные и личностные факторы, основной причиной этих расстройств является прямое воздействие стресса или пролонгированной психотравмирующей ситуации, без которых расстройство не могло бы возникнуть.

Тревожная реакция может возникнуть сразу после травмы (острое стрессовое расстройство), и отсрочено, протекая с рецидивами (посттравматическое стрессовое расстройство) F-43.1.МКБ-10.

Оба синдрома сопровождаются снижением психического реагирования, эмоциональной тупостью, иногда - деперсонализацией. В ряде случаев больной не может вспомнить отдельные детали психотравмирующего события, хотя в других случаях может переносить его многократно - в снах и мыслях, особенно если реальная ситуация чем-то напоминает о происшедшем. Поэтому больные активно избегают любых стимулов, вызывающих воспоминания о пережитом. Такие воспоминания вызывают