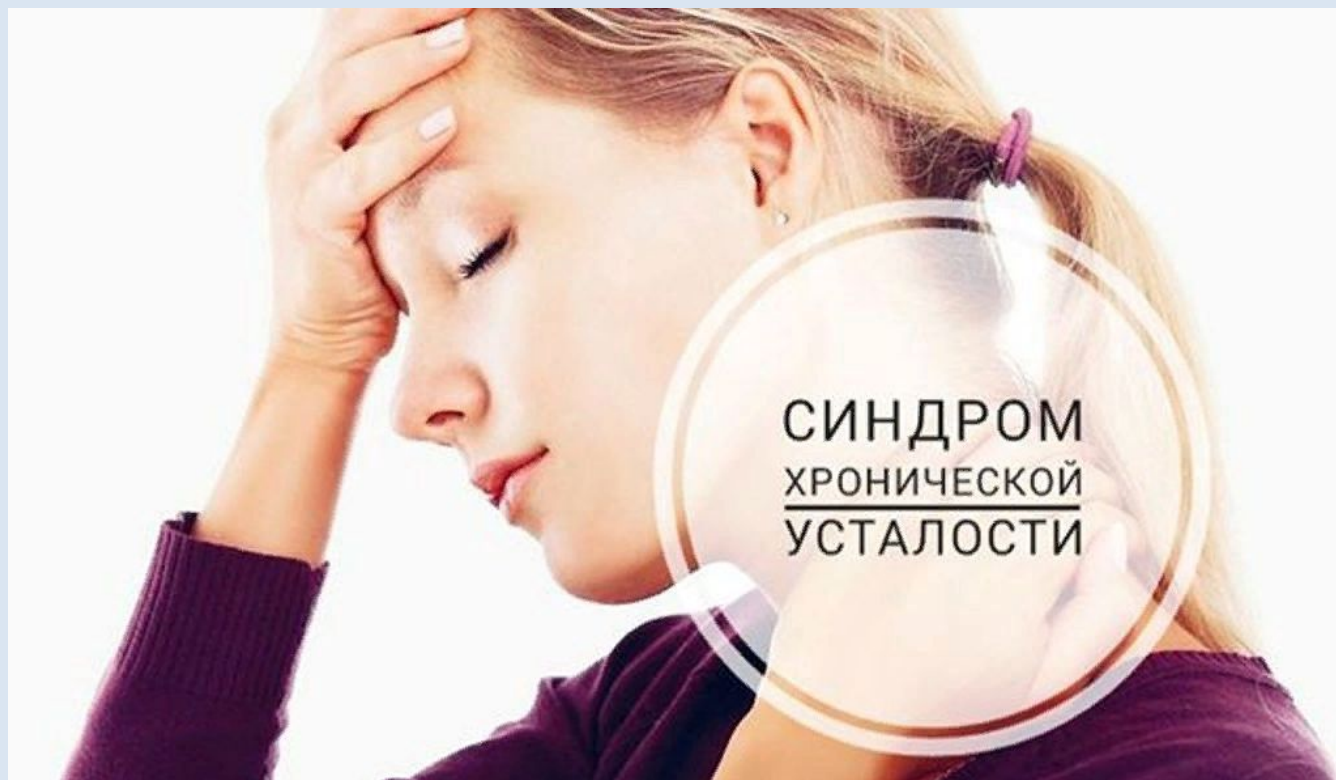


СХУ



Синдром хронической усталости (СХУ) впервые описан А. Ллойдом и соавт. в 1984 г. Характерным признаком СХУ является хроническое утомление, испытываемое больными, которое не исчезает после отдыха и приводит со временем к значительному снижению работоспособности — как умственной, так и физической. Выраженный дисбаланс иммунной системы у больных с СХУ явился причиной того, что название заболевания в последние годы трансформировалось и звучит так: синдром хронической усталости и иммунной дисфункции.

Считается, что хотя СХУ представляет собой патологию, в достаточной мере очерченную по своей клинике и характеру иммунных нарушений, однако достаточных оснований для выделения ее в качестве самостоятельной нозологической формы пока нет. Вопрос этот интенсивно изучается.



Синдром хронической
усталости

В настоящее время известно, что СХУ регистрируется преимущественно в экологически неблагоприятных регионах с высоким уровнем загрязнения окружающей среды химически вредными веществами или с повышенным уровнем радиации. Это ослабляет иммунную систему и способствует активации латентных вирусов, возникновению персистирующей вирусной инфекции с поражением центральной нервной системы, преимущественно височно-лимбической области.

СХУ может возникнуть, как у очень молодых, так и у очень пожилых людей, однако наиболее часто оно наблюдается у **20—40-летних** и несколько чаще встречается у **женщин**.

Есть данные, что **учителя и врачи** подвержены заболеванию в большей степени.

Достоверных данных о распространенности СХУ пока нет.

В Великобритании данный показатель предположительно составляет 1 случай на 1000 человек, в Америке — 98—267 случаев на 100000 человек.

В развитии ответных реакций организма на стрессорные воздействия, особенно при действии интенсивных и длительных возмущающих факторов, ведущая роль принадлежит **нервной, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и иммунной системам**, гибкое взаимодействие которых и их устойчивое функционирование определяют резистентность организма в целом к психоэмоциональным перегрузкам и действию разнообразных факторов внешней среды.

Нарушение взаимодействия между нервной, иммунной и эндокринной системами играет важнейшую роль в развитии и прогрессировании СХУ.

Этиопатогенеза СХУ

Наиболее обоснованной в настоящее время считается **теория реактивации персистирующей вирусной инфекции**, в качестве этиологического агента СХУ указывают на герпесвирусы (Herpesviridae), особенно на лимфотропный вирус Эпштейна — Барра (Epstein — Barr).

У лиц с генетической предрасположенностью под влиянием внешних факторов (радиационного, токсического, психогенного и их сочетания) возникает **депрессия иммунной системы**, на фоне которой **активируются вирусные агенты** (например вирусы герпеса).

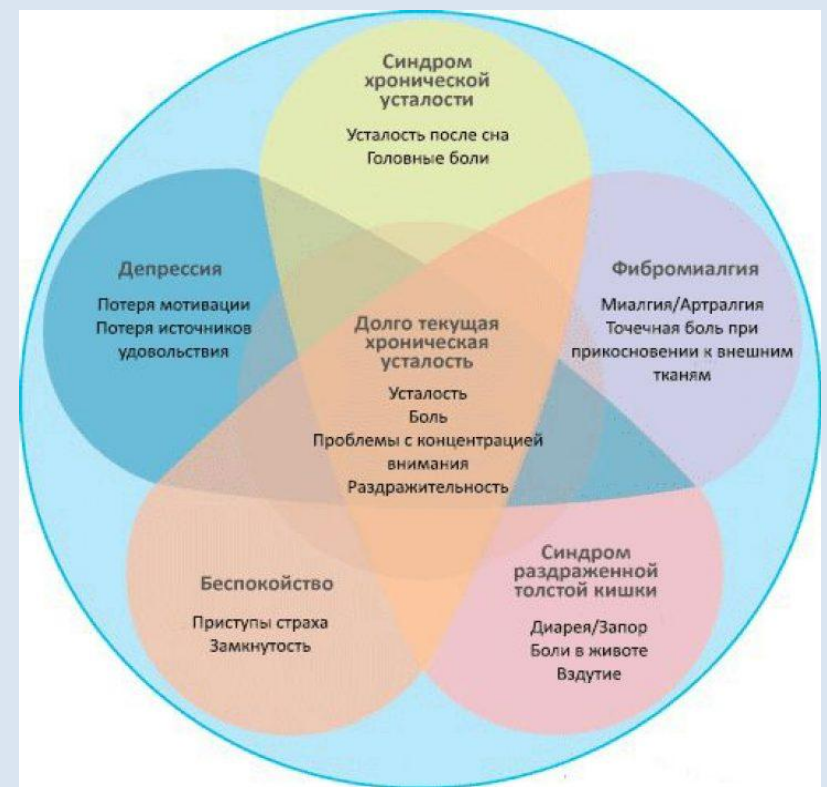
Вирусы наряду с иммунными расстройствами обуславливают запуск **нейроиммунных механизмов**, что приводит к **дисрегуляции центральной нервной системы** и развитию у больных СХУ клинически манифестных **нейропсихических нарушений**.

Начало клинических проявлений СХУ, как правило, связано с перенесенным "простудным" заболеванием — гриппом, ангиной, аденовирусной инфекцией и др., реже — с эмоциональным стрессом. По видимому, для запуска патогенетических механизмов необходимо ослабляющее влияние инфекционного агента на иммунную систему.

Более легкие случаи СХУ (на этапе синдрома повышенной утомляемости) остаются обычно **нераспознанными**, при более **тяжелом** течении заболевания после многочисленных консультаций различных специалистов обычно устанавливают диагноз **хроносепсиса, лихорадочного состояния неясной этиологии и т. д.**

Постоянными симптомами СХУ являются выраженная усталость и мышечная слабость, не проходящая после ночного сна, нередко трудности засыпания, поверхностный сон с кошмарными сновидениями.

Характерны изменчивость настроения в течение дня под влиянием самых незначительных психогенных факторов и периодически возникающее состояние депрессии. При этом больные испытывают необходимость уединиться, у них возникает чувство подавленности, иногда даже безысходности, нежелание вообще что либо делать.



Таким образом, одна часть симптомов СХУ свойственна **инфекционным заболеваниям** (лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, спленомегалия, миалгия, артралгия и др.); другая — **пограничным нервно-психическим состояниям** (беспричинная утомляемость, расстройство сна, депрессия, снижение памяти, мышечная слабость, частые смены настроения и др.).

Возникновение депрессии у больных СХУ может провоцироваться стрессовыми ситуациями на работе и в быту, различными производственными сложностями. При этом у пациентов возникает ярко выраженный астенический или астенодепрессивный синдром, проявляющийся выраженной общей слабостью, раздражительностью, крайне выраженной эмоциональной лабильностью, нетерпимостью к окружающим.

Отмечается диффузная боль в мышцах туловища и конечностей. Эта боль не носит интенсивного характера, чаще всего она тупая, ноющая или тянущая, практически постоянная, что создает явление дискомфорта.

Почти все пациенты отмечают познабливание, реже — выраженный озноб и субфебрилитет (37,5—37,8 °С), который сохраняется на протяжении месяцев. Наряду с миалгией при СХУ нередко отмечается и артралгия; это обычно боль в крупных суставах, носящая постоянный ноющий характер. Для больных СХУ, особенно лиц молодого возраста, характерно наличие частых респираторных вирусных инфекций, повторных ангин; при детальном осмотре оториноларинголога у них нередко выявляет хронический тонзиллит, однако санация небных миндалин не обеспечивает улучшение состояния пациентов, субфебрилитет и слабость сохраняются.

Из объективных клинических признаков СХУ следует выделить прежде всего увеличение, чувствительность или легкую болезненность некоторых групп лимфатических узлов, прежде всего заднешейных, затем переднешейных и нижнечелюстных. Реже увеличены и болезненны подмышечные лимфатические узлы. Наличие лимфааденопатии, увеличение селезенки наряду с постоянным повышением температуры тела с несомненностью свидетельствуют об инфекционном характере данного синдрома, поскольку это типичные признаки **хронической персистенции возбудителя**. В клиническом плане именно эти признаки позволяют отличить СХУ от обычной астении, которая может возникать после перенесенных респираторных вирусных инфекций (так называемой постинфекционной астении).

Критерии для клинической диагностики СХУ:

- Персистирующая или рецидивирующая усталость, усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, приводящая к нарушению работоспособности ($> 50\%$) и длящаяся более 6 месяцев;
- Симптомокомплекс, развившийся после острого гриппоподобного заболевания и включающий: субфебрилитет, боль и першение в горле, лимфаденопатию, миалгию, артралгию, генерализованную мышечную слабость, повышенную физическую утомляемость с последующей (> 24 ч) усталостью, расстройства сна;
- Нейропсихические дисфункции, включая нарушения концентрации внимания, трудности решения умственных задач, которые до начала синдрома решались легко, признаки нарушения кратковременной памяти, депрессия, раздражительность;
- Отсутствие альтернативных причин в анамнезе, при физическом и лабораторном обследовании, способных объяснить развитие синдрома хронической усталости в течение ближайших 6 месяцев (химиотерапия, опухоль, психическое заболевание, злоупотребление алкоголем, наркомания).

К диагностическим критериям, исключающим СХУ, относятся:

- ятрогенные причины;
- злокачественные новообразования;
- химиотерапия;
- серьезные психические нарушения;
- злоупотребления алкоголем;
- патологическое ожирение.

Подтипы СХУ:

- Постинфекционный;
- С сопутствующими нейropsychическими нарушениями;
- Фибромиалгический;
- Неспецифическая усталость.

Лабораторная диагностика

У больных с СХУ должен быть нормальный анализ крови. Кроме того, функция почек, печени и щитовидной железы также должны быть не нарушены.

Все отклонения (например повышенная СОЭ) должны быть поводом для более углубленного обследования с целью выявления альтернативных причин хронической усталости. Это также касается жалоб относительно расстройств сна и дневного бодрствования.

Изменения иммунного статуса имеют место и, по мнению некоторых исследователей, лежат в патофизиологической основе СХУ:

- снижение количества Т-лимфоцитов;
- нарушение иммунорегуляторного индекса;
- снижение пролиферативной активности Т-лимфоцитов;
- снижение функции ЕК-клеток;
- дисиммуноглобулинемия;
- снижение клеточного иммунитета, выявленное по внутрикожным тестам с инфекционными антигенами (recall антигены);
- нарушении цитокинового профиля - повышение уровня трансформирующего фактора роста TGF-бета;

Вследствие **полиморфности** клиники СХУ и **недостаточной специфичности** его симптоматики необходим **дифференциальный** диагноз данного патологического состояния с **хроническими инфекциями** (СПИД, токсоплазмоз, бруцеллез, хронический сепсис, цитомегаловирусная инфекция), **инфекционным мононуклеозом, саркоидозом, лимфогранулематозом, лимфомами, хронической лучевой болезнью, системными болезнями соединительной ткани** (системная красная волчанка, ревматоидный артрит), **церебральным арахноидитом, хроническим алкоголизмом и наркоманией, отравлениями малыми дозами тяжелых металлов и некоторыми другими патологическими состояниями.**

Без рационального лечения СХУ нередко приобретает тенденцию к прогрессированию и может приводить к потере трудоспособности больным. Описаны случаи спонтанного выздоровления при СХУ, однако они, как правило, связаны с существенным улучшением условий проживания больных, переездом из экологически загрязненных зон в благоприятную, сравнительно чистую местность, продолжительным полноценным отдыхом и рациональным питанием.

В большинстве же случаев СХУ сохраняется на протяжении ряда лет и существенно усугубляет нервно-психическое состояние больных, особенно в связи с неэффективностью проводимого лечения и разноречивостью суждений врачей по поводу диагноза заболевания.

В качестве иммунокорректоров при СХУ предложено (Н. Г. Арцимович и соавт.) применение созданных в Институте иммунологии МЗ РФ новых препаратов — **кемантана и бромантана**, которые активируют энергетические способности организма и одновременно обладают противовирусной и нейроиммунорегуляторной активностью.

Противовирусное действие **кемантана и бромантана** обусловлено как их мембранотропной активностью, так и иммуномодулирующими свойствами; отмечается, что эти препараты значительно улучшают эмоциональное и физическое состояние пациентов.

Установлено, что **кемантан и бромантан** обладают одновременно **нейротропным, иммуномодулирующим и противовирусным действием**; механизм нейротропного влияния этих препаратов связан со стимуляцией центральных **дофаминэргических систем**.

Иммуотропная активность кемантана и бромантана заключается в:

- регуляции клеточно-опосредованного и гуморального ответа,
- стимуляции эффекторной и ограничении супрессорной функции Т-лимфоцитов,
- ускорении созревания предшественников Т-клеток в зрелые, активные клетки,
- усилении миграции предшественников В-лимфоцитов в селезенку,
- повышении функциональной активности антителопродуцирующих клеток селезенки.

Если нарушение функциональной активности иммунной системы происходит на фоне депрессии, длительных физических перегрузок и сочетается с **глубокой мышечной или умственной усталостью**, целесообразно назначение **бромантана**.

При снижении иммунологических показателей вследствие **лучевой терапии, возрастных изменений**, а также у **больных с повышенной возбудимостью** показан **кемантан**.

Положительное влияние на показатели иммунитета и общее состояние больных СХУ оказывают растительные препараты с адаптогенным действием. Так, назначение (В. М. Фролов) биологически активной добавки Una de Gato, представляющей собой экстракт коры дикорастущей лозы *Uncaria Tomentosa* (кошачий коготь), произрастающей в тропических влажных лесах Южной Америки, способствует уменьшению у больных СХУ чувства усталости, улучшению сна, повышению работоспособности. Этот препарат оказывает также положительное влияние на состояние иммунной системы, в частности, способствует нормализации числа Т-лимфоцитов и соотношения между их отдельными субпопуляциями, возрастанию концентрации Ig G и снижению уровня циркулирующих иммунных комплексов.

Экспериментальные данные и результаты клинико-лабораторных наблюдений показывают, что для успешной реализации действия адаптогенных препаратов и иммунокорректоров совершенно необходимо первоначально ликвидировать синдром эндогенной (метаболической) интоксикации, в частности, для освобождения поверхностного рецепторного аппарата иммунокомпетентных клеток от блокирующих его иммунных комплексов и других токсических агентов. В этом плане хороший эффект могут оказать энтеросорбенты нового поколения (белосорб, антрален, микотон и др.).

Наряду с препаратами иммунокорригирующего действия, назначаются **адаптогенные препараты растительного** происхождения в индивидуально подбираемых композициях, основу которых обычно составляют **экстракты корня солодки, родиолы розовой (золотого корня) и эхинацеи пурпурной.**

