

# Синдром на хроничната умора

Проф. И. Миланов, г.м.н.

Университетска болница по неврология и психиатрия "Св. Наум", София

Умората представлява генерализирана, интензивна и продължителна слабост, която се появява след физическа или интелектуална активност. Чувството на умора е алармиращ сигнал за необходимост от почивка, когато възможностите на организма за адаптация са изчерпани и неговите метаболитни и енергийни резерви трябва да се възстановят.

Синдромът на хроничната умора е известен много отдавна и през годините са му били давани различни наименования. Известен е предимно като епидемична невромиястения и хроничен синдром на Epstein-Barr вирус. Поради това, че връзката между вируса и заболяването не се потвърждава, през 1988 г. е предложено неговото ново наименование, което характеризира основния симптом. Засяга хора от всички възрасти, включително детската, по-често жените. Болестността е между 0,3 и 1%.

Нозологичната самостоятелност и хомогенност на синдрома е поставяна многократно под съмнение. Донякъде той се припокрива с депресията и неврастенията, но когнитивните нарушения, депресивните симптоми и невромедиаторните промени при синдрома на хроничната умора се различават от тези при депресивно разстройство. Голяма част от симптомите на синдрома на хроничната умора и фибромиалгията се припокриват и е възможно фибромиалгията да представлява клиничен вариант на синдрома на хроничната умора.

Етиологията на синдрома е неизвестна. Няма достатъчно данни, за да се приеме, че вирус е причина за заболяването или че то е контагиозно. Има единични съобщения за епидемии от синдрома на хроничната умора, което е гало основание да се търси инфекциозен причинител на заболяването. Правени са проучвания върху човешките ретровируси (HIV-1, HIV-2, HTLV-1, HTLV-11), херпесни вируси (EBV, CMV, HHV-6) и ентеровируси, но нито един от тях не е доказан като причинител на заболяването. Вероятно се касае за хронично имуномедицирано възпаление на централната нервна система, свързано с реактивация на латентна инфекция, вследствие на имунна дисфункция. Има схващания, че синдромът се дължи

на увреждане на хипоталамо-хипофизарно-адреналната функция.

Клиничните симптоми са разнообразни и включват задължително силна умора и обща слабост, както и множество други симптоми, които се различават при индивидите: депресия, нарушение в мисленето, нарушения на съня, генерализирани болки, главоболие, болки в гърлото, болки в мускулите и ставите, болезнени и подутти лимфни възли, предимно в шийната област и в аксилите, повишена температура, втрисания, анорексия, гагене, виене на свят, синдром на възбудимия пикочен мехур. Някои пациенти съобщават за влошаване на оплакванията от определени храни, подправки, захар, алкохол и кафе. В много случаи появата на симптомите се предшества от простудно заболяване.

Не съществуват специфични лабораторни маркери за диагностика на заболяването. Много сериозни проучвания са правени в насока на имунната система, тъй като някои от симптомите наподобяват хронично възпалително заболяване. Резултатите от тези проучвания говорят за наличие на хронична имунна активация. Най-често се намира хронична активация на Т-клетките посредством цитометрични маркери. Също често се намира намалена функция на натуралните килърни клетки, намаление на субпопулацията на CD8+ супресорни клетки и повишени нива на антителата към вируса на Epstein-Barr. Често се съобщават и други находки, като анергия на кожните тестове, ниски пролиферативни отговори към лецитини и антигени, дефицит на субклас IgG, абнормен брой и съотношение между CD4 и CD8 Т-клетките, абнормни функции на макрофагите, неутрофилите и В-клетките, абнормна каскада на комплемента, повишени нива на цитокините (интерлевкини, интерферони и туморен некротичен фактор), както и различия в субпопулацията на CD4+ клетките.

Диагнозата се поставя въз основа на клиничните симптоми, след като се изключат всички други възможни заболявания. Критериите за поставяне на диагнозата са наличие на умора, която сериозно пречи на нормалния начин на живот и продължава поне 6 месеца, и липса на данни за

други психични или органични заболявания, които могат да предизвикат хронична умора.

Диференциалната диагноза на синдрома е много широка и е необходимо изключването на много заболявания, които могат да протекат със сходна симптоматика. Необходимо е да се изключат бременност, тежко затлъстяване, прием на медикаменти, които имат странични ефекти (бензодиазепини, антихистаминови), интоксикация с пестициди или тежки метали, депресия, биполарно разстройство, шизофрения, множествена склероза, миастения, сънна апнея, инсомния, абстинентен синдром след алкохолна или кофеинова злоупотреба, Лаймска болест, цитомегаловирусна инфекция, мононуклеоза, бруцелоза, токсоплазмоза, джардиаза, лупус, ревматоиден артрит, синдром на Sjogren, хепатит, астма, анемия, имунен дефицит, хемохроматоза, хипотиреоидизъм, диабет, сърдечно заболяване и злокачествено новообразувание.

Правени са редица проучвания за етиологично лечение на заболяването. Предвид предполагаемата вирусна етиология и намерените имунорегулаторни нарушения, е опитвано имуномодулаторно лечение с венозно приложение на имуноглобулин G. Резултатите са противоречиви, като някои автори намират както клинично подобрене, така и нормализиране на клетъчно-медицирания имунитет, докато други автори не намират подобрене. Прилагането на кортикостероиди, с оглед намерените ендокринни и имунологични отклонения, не дава убедителни резултати. Антивирусното лечение с асусловир не повлиява нито клиничното протичане, нито титрите на антителата към Epstein-Barr вируса. Прилагането на специални диети, включително и на есенциални мастни киселини (рибено масло), витамин В<sub>12</sub>, фолиева киселина и магнезий, нямат доказан ефект.

В момента не е известно друго лечение, освен симптоматично. Повечето от симптомите се поддават на лечение чрез медикаменти или рехабилитация. Един от проблемите е, че повечето пациенти имат повишена сензитивност към

страничните ефекти на медикаментите. Депресията трябва да се лекува упорито. Инхибиторите на обратния захват на серотонина (fluoxetine) подобряват настроението, повишават енергията и когнитивните функции, но могат да повишат тревожността. Нарушенията на съня, както и болковите синдроми, се повлияват добре от ниски дози трициклически антидепресанти (amitriptyline). Мускулните спазми и миалгии се повлияват от миорелаксанти (tetrazepam). Главоболието се повлиява от аналгетици.

Умората може да се повлияе много ефективно чрез комбинацията от аминокиселините аргинин и аспартам (Sargenor), които участват в цикъла на лимонената киселина и формирането на молекулите аденозинтрифосфат. Последните складираат необходимата енергия за мускулната и мозъчната активност. По този начин, чрез повишаване на количеството складирана енергия, може да се повлияе както физическата, така и психичната умора. Тъй като аминокиселините участват и в синтеза на протеините, Sargenor подобрява протеиновия състав на мускулите. Аминокиселините имат отношение и към протеиновата фосфорилация, която има значение за невротрансмисията. По този начин Sargenor подобрява паметта и вниманието.

В никакъв случай не бива да се препоръчва по-дълга почивка за възстановяване от умората, защото това води до още по-силна уморяемост. Прилагането на когнитивна поведенческа терапия и умерени физически упражнения дават обещаващи резултати.

Заболяването не е фатално и повечето пациенти се възстановяват след различно дълъг период от време. Клиничното протичане не може да се предвиди, но прогнозата е по-лоша при пациенти в напреднала възраст, при наличие на хронични соматични или психични заболявания.

В заключение, синдромът на хроничната умора не е въображаемо заболяване, не се припокрива с депресията и неврастенията, а представлява обособен синдром с типични клинични и имунологични характеристики.