

Prehľadová práca

Chronický únavový syndróm

Fričová Helena

Chronic Fatigue Syndrome

Súhrn

Chronický únavový syndróm bol definovaný ako samostatná nozologická jednotka roku 1988. Zvýšený záujem o toto ochorenie trvá posledných dvadsať rokov. Napriek pokračujúcemu výskumu zostáva etiológia ochorenia nejasná. Predpokladá sa, že ide o heterogénnu skupinu porúch s možnou infekčnou, imunologickou, neuroendokrinnou, genetickou a psychologickou etiológiou. Sú definované diagnostické kritériá pre chronický únavový syndróm. Ochorenie sa prejavuje extrémnou únavou, ktorá sa nezlepšuje odpočinkom. Ďalšie prejavy sú bolesti hrdla, zväčšenie lymfatických uzlín, bolesti svalov, bolesti kĺbov, zvýšená teplota, nespavosť. Cieľom prehľadovej práce je rozbor etiológie, klinického obrazu chronického únavového syndrómu a vymedzenie vzťahu tohto ochorenia k duševným poruchám. Zatiaľ nie je konsenzus špecifickej liečby chronického únavového syndrómu. Prístup k liečbe pacienta je komplexný a individuálny.

Kľúčové slová: chronický únavový syndróm, diagnostické kritériá, etiológia, klinický obraz, liečba.

Úvod

Opisy vlečúcich sa ochorení charakterizovaných únavou a stratou výdrže sa objavujú v literatúre už dávno. Hlavné centrá novodobého záujmu o tieto ochorenia sú v Anglicku a USA. V súčasnosti využívajú napr. v USA telefonické konferencie, kde skupina lekárov potvrdzuje alebo vylučuje diagnózu chronický únavový syndróm (CFS). Ide o interdisciplinárnu problematiku. Chronickým únavovým syndrómom sa zaoberajú neurológovia, psychiatri, psychologovia, internisti aj imunoalergológovia. Výskyt CFS sa v bežnej populácii odhaduje na 0,10 – 2,6 % (Buchwald, 1996). Ako samostatná nozologická jednotka bolo toto ochorenie definované roku 1988 Holmesovými kritériami. Roku 1991 vznikajú Oxfordské kritériá – z dôvodu nepresnosti sa v serióznych štúdiách nepoužívajú. Kritériá CDC – Centra pre prevenciu a kontrolu chorôb vychádzajú z Fukudových kritérií. Najnovšími kritériami z roku 2003 sú Kanadské kritériá. V klinickej praxi sa používajú Fukudove kritériá (Fukuda a spol., 1994):

1. Únava trvajúca viac ako 6 mesiacov.
2. Prítomnosť 4 a viac z nasledujúcich príznakov: zhoršenie pamäti, bolesť v hrdle, bolestivé lymfatické uzliny, bolesti svalov, bolesti hlavy, neosviežujúci spánok, neurologické a psychické problémy, zhoršenie únavy po námahe.

Etiológia CFS

Napriek dvadsiatim rokom výskumu a viac ako 3000 publikovaných prác o CFS zostáva jeho etiológia nejasná. Teraz sa všeobecne uznáva, že CFS je termín, ktorý zastrešuje heterogénnu skupinu porúch, a že nemusí byť jediná etiológia alebo mechanizmus. Je preukázaná vyššia prevencia intracelulárnych infekcií v súvislosti s CFS v porovnaní so zdravými jedincami. Patria medzi ne ľudské herpes vírusy EBV, CMV, HHV6 a HHV7 (Stein, 2005).

Zaujímavé je zistenie, že aj psychogénna záťaž môže spôsobiť reverzibilné zvýšenie protilátok proti EBV. Rovnako sa niekedy nachádza súvislosť medzi EBV a depresiou. V súčasnej dobe znamenajú zistené protilátky proti rôznym infekčným agensom (sprievodný nález pri psychopatológii) nádejnou oblasťou výskumu a predpokladaným príspevom k pochopeniu komplexnosti biologických a psychických prejavov človeka (Janů a spol., 2003).

Predpokladá sa, že spektrum podozrivých vírusov sa do budúca ešte rozšíri. Roku 2009 bol u CFS pacientov zistený nový vírus XMRV. Tento vírus sa však nachádza u aj chorých bez CFS (Lombardi a spol., 2009).

Imunologická etiológia

V súvislosti so skvalitnením laboratórnych diagnostických techník a nálezom mnohých odchýlok imunity sa začala od 80 rokov zvažovať možnosť imunologickej etiológie CFS (Lorusso a spol., 2009). Medzi symptómy rôznych

Psychiatrická klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana, Prešov

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. H. Fričová, Psychiatrická klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A. Reimana, 081 81 Prešov, Slovensko

imunopatologických chorôb, najmä imunodeficiencií, patrí chronická únava ako častý patologický prejav, niekedy dokonca prvý a pre pacienta jediný. Podľa klinických prejavov možno tieto choroby zameniť s CFS. Prejavy únavy u vnímavých pacientov vyvoláva aj chronické vystavenie alergénom. Najčastejšie sa jedná o takzvané domáce alergény – prach, roztoče, zriedkavejšie peľové alebo potravinové alergény. Mechanizmom únavy je chronický zápal – reakcia organizmu na alergickú noxu. Takáto noxa býva väčšinou organického pôvodu (Janů a spol., 2003).

Niektoré publikované práce potvrdili (iné popreli) nález nízkej aktivity NK buniek u významného percenta pacientov s CFS. Priamy patofyziologický mechanizmus ovplyvňujúci únavu doposiaľ nie je známy. U chorých s CFS sa pozorujú zmeny imunitného profilu a to abnormálna produkcia cytokínov a znížená bunková i humorálna imunita (Janů a spol., 2003).

Genetická etiológia

V literatúre sú údaje o klinickej manifestácii CFS ako ireverzibilnej strate mozgovej kôry a aktivácii imunitného systému. CT a MRI vyšetrenia pacientov s CFS však priniesli rozporuplné výsledky. Výsledky zmien MRI v bielej hmote boli podľa viacerých autorov nejednoznačné. Prínosom bolo poukázanie na možné postihnutie frontálnych lalokov (De Lange a spol., 2005). Avšak zníženie objemu mozgovej kôry prefrontálne vpravo korelovalo so stupňom únavy pacientov s CFS (Okada a spol., 2004).

Pomocou PET za použitia 18-fluórdeoxyglukózy dokázali Tirelli a spol. (1998) u pacientov s CFS významne znížený metabolizmus v médio-frontálnej kôre vpravo (Brodmannova area 9 a 46) a v mozgovom kmeni. To je v protiklade s rovnako zníženým metabolizmom v horných a mediálnych frontálnych oblastiach bilaterálne u chorých s depresiou. Znížený metabolizmus na úrovni mozgového kmeňa nebol doteraz zaznamenaný pri žiadnom psychickom ochorení.

Evidujeme štúdie dokazujúce existenciu zníženej antioxidantnej schopnosti a zvýšeného oxidačného stresu. Počas kvantifikovanej námahy majú svaly zvýšenú spotrebu kyslíka. V zotavovacej fáze u pacientov s CFS pretrvával dlhobodnejšie pokles redukovaného glutatiónu, kyseliny askorbovej a antioxidantov, ktoré chránia plazmové lipidy pred tvorbou hydroperoxidových radikálov. Pravdepodobnou príčinou pozorovaných elektrofyziologických zmien na svalovej membráne je zvýšená tvorba reaktívnych intermediárnych produktov kyslíka. Svalovú bolesť a ponáhlovú slabosť, ktorá sa u pacientov pozoruje, by mohli vysvetliť prolongovaný oxidačný stres a zmeny excitability svalovej membrány (Jammes a spol., 2005).

Psychologická etiológia

Psychologickou príčinou únavy môže byť aj skutočnosť, že mnoho ľudí postihnutých CFS je orientovaných na výkon – majú potrebu byť úspešní. Ich život pred vznikom CFS je „nabitý“ aktivitami, boli energickí. Charakteristickým rysom pre tieto osoby je neschopnosť odpočinku. Pacienti majú problém s relaxačnými technikami – akoby stále pracovali

bez možnosti odpočinku. Organizmus sa tak dostáva do rozporu medzi psycho-fyziologickými potrebami, schopnosťou organizmu a ambíciami osobnosti. Po vypuknutí ochorenia je pre pacientov s CFS typická neschopnosť odpočívať. Pri liečbe majú problémy s osvojením si relaxačných techník. Napríklad autogénny tréning zvláda väčšina pacientov s CFS len vo veľmi obmedzenom rozsahu. Problematická býva najmä úvodná časť svalovej relaxácie. Podstatou je neschopnosť zostávať v osamotení, čo môžeme chápať ako neschopnosť zostávať sám so sebou (Janů a spol., 2003).

Klinický obraz chronického únavového syndrómu

Chronický únavový syndróm sa typicky manifestuje u predtým zdravého jedinca. Ako provokujúci moment sa obvykle jasne uplatňuje viróza, na ktorú nasadá väčšinou počas krátkeho časového úseku subjektívny pocit neznesiteľnej únavy. Medzi možné príčiny abnormálnej únavy, ktoré musíme diferenciálne–diagnostickým procesom vylúčiť, patria infekcie, poruchy nálady a spánku, rôzne malignity, kardiovaskulárne ochorenia, metabolické a endokrinné poruchy a iné. Prehľad možných príčin abnormálnej únavy uvádzame v tabuľke 1.

Akútne alebo chronické infekcie	
• Vírusové	• Parazitárne
• Bakteriálne	• Zoonózy
Poruchy nálady	
Poruchy spánku vrátane spánkovej apnoe	
Malignity akéhokoľvek pôvodu	
Kardiovaskulárne ochorenia	
• Agranulocytóza	• Cor pulmonale
• Anémia	• Leukémie
• Srdcové zlyhanie	• Mitrálna stenóza
• Vrodené srdcové chyby	• Myokarditis
• Subakútna bakteriálna endokartitída	• Thalasemia major et minor
• Endokarditída	
Metabolické poruchy	
• Avitaminóza	• Eutyroidné stavy po liečbe
• Diabetes mellitus	• Menopauza
• Poruchy elektrolytov	• Metabolické poruchy
• Hyperparatyreóza	• Fenylylketonúria
• Hypotyreóza	• Fanconiho syndróm
• Hypertyreóza	• Cystická fibróza
Endokrinné poruchy	
• Akromegália	• Hypopituitarizmus
• Addisonova choroba	

Ochorenia spojivového tkaniva	
• Reumatoidná artritída	• Sclerodermia
• Lupus	
Chronické alergické reakcie	
Otrava ťažkými kovmi / napr. olovo, ortuť, arzén /	
Ďalšie	
• Chronicky únavový syndróm (CFS)	• Myelodysplastický syndróm
• Cushingov syndróm	• Myasthenia gravis
• Roztrúsená skleróza	• Myelofibróza
• Syndróm chorých budov	• Malabsorbačné syndrómy
• Post-syndróm obrny	• Parkinsonova choroba
• Temporálna arteritída	• Polycytémia /rubra/ vera
• Ulcerózna kolitída	• Reumatická polymyalgia
• Osteomalácie a krivica	• Polyneuritída
• Hodgkinove choroby	• Reumatická horúčka
• Poranenia hlavy	• Cirhóza / urémia
• Cievna mozgová príhoda	

Tabuľka 1. Prehľad možných príčin abnormálnej únavy (podľa Patarca - Montero, 2001).

Ďalšie symptómy CFS sú bolesti hlavy, bolesti hrdla, zväčšenie lymfatických uzlín, bolesť kĺbov a svalov, subfebrilie. Po niekoľkých týždňoch objektívne symptómy miznú, rozvíjajú sa príznaky CFS: nevládnuteľná únava, poruchy spánku, zhoršenie koncentrácie a depresie. Typická symptomatológia rozvinutého CFS zahŕňa v 90-100 % prípadov únavu, zhoršenie koncentrácie, bolesti hlavy, v 70-90 % prípadov sú prítomné bolesti v hrdle, zväčšenie lymfatických uzlín, myalgie, artralgie, zvýšená teplota, insomnia. Chorí udávajú súbeh typických symptómov a ich akceleráciu. Počas obdobia najväčšej únavy je prítomná najintenzívnejšia svalová algická symptomatológia, zhoršuje sa schopnosť koncentrácie a prehľbuje sa depresívne ladenie. Výrazná telesná a duševná záťaž zvýrazní pôvodnú symptomatológiu únavového syndrómu (Janů a spol., 2003).

Klinický obraz CFS je kolísavý čo sa týka psychickej a fyzickej únavy, neosviežujúceho spánku, kognitívnych dysfunkcií a iných symptómov. Závažnosť prejavu ochorenia (Stein, 2005) v klinickom obraze môže byť:

- mierna: chorý je ešte schopný pracovať/študovať na plný úväzok i keď s úsilím a nevyhnutnosťou odpočinku počas víkendov,
- stredne ťažká: pacient je schopný pracovať alebo študovať na čiastočný úväzok s úsilím,
- ťažká: pacienti nie sú schopní pracovať/študovať, potrebujú pomoc,
- extrémna: pacienti nie sú schopní nezávisle žiť, sú odkázaní na pomoc.

Pri náhlom začiatku ochorenia je 2-krát častejšia úprava. V prvých piatich rokoch sa príznaky zlepšia najvýraznejšie. Prvé dva roky sa považujú za rozhodujúce pre tendenciu upravenia ochorenia (Smythe, 2006).

CFS zvyčajne prebieha cyklicky, striedajú sa obdobia choroby a relatívneho zdravia. U niektorých pacientov dochádza k čiastočnej alebo úplnej remisii symptómov, ale tieto väčšinou recidivujú. Pacienti v remisii majú tendenciu prepínať sily (Loblay a Stewart, 2002) s následným zhoršením stavu.

Dôležitým diagnostickým znakom CFS (Joyce a spol., 1997) je rýchly nástup príznakov. Chorí si dokonca spomenu nielen na deň – ale aj na hodinu – kedy u nich ochorenie prepuklo. Často je nástup CFS podmienený iným ochorením, alebo vystavením alergénu. Rýchly nástup CFS však nemusí byť absolútnym pravidlom. Mnohí uvádzajú, že sa u nich príznaky CFS plíživo vyvíjajú mesiace, dokonca roky. Chronický únavový syndróm v dlhodobej perspektíve neprogreduje a v ďalšom priebehu zostáva stacionárny alebo dokonca javí tendenciu k pomalému zlepšovaniu sa.

Vzťah CFS k duševným poruchám

Chronicky únavový syndróm často doprevádzajú dysfórické rozlady a zvýšená úzkosť. Relatívne častá je komorbidity a veľkou depresívnou poruchou. Prejavy CFS sa v mnohom prekrývajú s prejavmi ďalších duševných porúch (Janů a spol., 2003):

- protrahovaná depresívna reakcia,
- somatizačná porucha,
- somatoformná bolestivá porucha,
- hypochondrická porucha,
- iné duševné poruchy zapríčinené poškodením a dysfunkciou mozgu a somatickou chorobou,
- poruchy osobnosti a správania zapríčinené chorobou, poškodením a dysfunkciou mozgu.

Podobne sa môže prejavovať aj reziduálny stav napríklad po užívaní psychoaktívnych látok, spracovanie telesných symptómov z psychických dôvodov a zámerné predstieranie psychických symptómov alebo telesnej či psychickej neschopnosti.

Vzťah CFS k depresii

Depresívna porucha sa často spája s CFS. Dlhो pretrvával názor, že CFS je podskupinou depresívnej poruchy so somatickými príznakmi, alebo larvovanej depresie. Dôvodom bol výskyt (7–50 %) depresívnych rozlad u CFS, vysoká (46–73 %) celoživotná prevalencia depresívnej poruchy pri CFS a vyšší výskyt CFS hlavne u žien stredného veku. Typickou súčasťou CFS je výskyt somatizácie. Nové zistenia z oblasti neuroendokrinológie dokladujú odlišnosť endokrinologického stavu a reaktivity depresívnej poruchy od CFS (Janů a spol., 2003).

Pri depresii je hypotalamo-hypofýzovo-nadobličková os stimulovaná a náročne potláčaná dexametazónom, pri CFS

je to naopak (Scott a Dinan, 1998). Hladiny kortizolu v moči sú nízke, hladina kortizolu v sére prudko a na dlhú dobu klesá po podaní dexametazónu per os (Janů a spol., 2003).

Je nejasné, či tieto zmeny hypotalamo-hypofýzovo-nadobličkovej osi sú primárne alebo sekundárne (Stein, 2005). Diferenciálno–diagnostické znaky medzi depresiou a CFS uvádzame v tabuľke 2.

CFS	Depresia
Klinický obraz	
Infekčný počiatok v >80% prípadov	Zriedka infekčné choroby
Únava je nevyhnutná pre stanovenie diagnózy	Pre diagnózu je nutná zmena nálady
Bolesti svalov a/alebo kĺbov a bolesti hlavy	Nie sú bežne spájané so symptómami bolesti
Denné kolísanie, najhoršia časť dňa poobede	Denné kolísanie, doobeda najhoršia časť dňa
Ortostatická intolerancia, tachykardia a ďalšia autonómna dysfunkcia sú bežné príznaky	Menšia asociácia s vegetatívnymi príznakmi
Imunitné prejavy, vrátane zväčšenia lymfatických uzlín, bolesti v hrdle, citlivosť na potravu	Žiadna asociácia s imunitnými príznakmi
Strata termostatickej stability, intolerancia na extrémne teploty	Žiadna asociácia s termostatickou nestabilitou
Únava sa zhoršuje po fyzickej alebo duševnej námahe	Únavu a náladu možno zlepšiť s výkonom
Znížený pozitívny vplyv /energia, entuziazmus, šťastie/	Zvýšené negatívne vplyvy /apatia, samovražedné myslenie, vlastné výčitky/
Deti majú lepšiu prognózu ako dospelí	Deti majú horšiu prognózu ako dospelí

Tabuľka 2. Diferenciálno–diagnostické znaky medzi depresiou a CFS (podľa Stein, 2005).

Psychiatrické ochorenia sú u pacientov s CFS najčastejšie sekundárne pre nespracovanie straty zdravia, životného štýlu, sociálnej roly, ekonomického hľadiska a sociálnej stigmy.

Chronický únavový syndróm a fibromyalgia

Goldenberg a spolupracovníci (1990) uvádzajú, že 50–70 % pacientov s fibromyaliou spĺňa aj kritériá pre CFS. Fibromyalgia (FM) je chronické nezápalové myofasciálne ochorenie charakterizované spontánnou plošnou bolesťou so stuhnutosťou, únavou a bodmi zvýšenej citlivosti na tlakový podnet, tzv. tender points (Smythe, 2006).

Etiológia FM nie je známa. Podľa rôznych spúšťacích mechanizmov existuje viac teórií vzniku ochorenia. Príznaky FM (Rovenský a spol., 2000) sú rozmanité. Ich intenzita závisí od fyzickej aktivity, stresu, ale aj počasia. Intenzita ťažkostí dlhodobo kolíše (mesiace – roky) alebo kolíše diurnálne s maximom ráno a večer, zvlášť po pracovnom zaťažení. Charakteristické je zmiernenie bolesti medzi 10. a 14. hodinou, keď pacient pozoruje aj zvýšenie výkonnosti.

Liečba CFS

Základnými prvkami liečby chronického únavového syndrómu sú klinické vedenie, psychoterapia, rehabilitácia – postupné zvyšovanie námahy a podávanie antidepresív. Zdôrazňuje sa postupné zvyšovanie aktivity podľa individuálne stanoveného plánu. Najväčším problémom je pre pacienta pre kombinovanú liečbu získať, pretože prichádza s postojom, že by sa nemal namáhať (Herman a spol., 2007).

Liečba CFS si vyžaduje tímový prístup skúsených odborníkov. Ošetrojúci lekár, ktorý pozná pacienta najlepšie, by mal riadiť a koordinovať liečbu a rehabilitáciu pacienta. Je potrebné vytvoriť vhodný flexibilný prístup, ktorý povedie k úzdruhu:

- posúdenie pacientovho súčasného stavu,
- vytvorenie individuálneho programu: závažnosť príznakov, dynamika ochorenia sa líši od pacienta k pacientovi,
- rešpektovanie pacienta: autonómia pacienta je životne dôležitá pre jeho fyzické a psychické zdravie (Clark, 1998),
- zapájanie pacienta pri tvorbe programu s reálnymi cieľmi, je dôležité, aby si pacienti nastavili zložitosť a tempo činnosti podľa svojej schopnosti, aby si začlenili odpočinkové intervaly podľa potreby,
- program je vhodné začať na takej úrovni, aby ju pacient zvládol, úroveň zvyšovať veľmi pozvoľna, aby pacient dosahoval ďalší pokrok v liečbe,
- prostredie, v ktorom sa pacient lieči, by malo byť pokojné, príjemnej teploty, bez jasného svetla, čo najmenej hlučné (Carruthers, 2003).

Podpora sebarozvíjania pacienta

Je potrebné viesť pacienta k tomu, aby:

- využíval pravidelný čas len pre seba – odhalil svoj vnútorný pocit, svoje potreby, hodnoty,
- sa naučil veriť svojim vnútorným pocitom a skúsenostiam,
- vedel akceptovať svoje limity, dostať sa z nepriaznivých situácií, naučil sa hovoriť „nie“,
- si rozširoval postupne emocionálne hranice – rozvíjal zvládanie zručností a postupne sa znovu mohol vystaviť situáciám, ktoré viedli ku vzniku úzkosti,
- rozvíjal príjemné aktivity – hudba, maľovanie, lúštenie krížoviek, puzzle, cvičenia na podporu pamäti (Carruthers, 2003).

Kognitívno-behaviorálna terapia u pacientov s CFS

Kognitívno-behaviorálnu terapiu je potrebné individuálne prispôbiť danému pacientovi v závislosti od závažnosti postihnutia a dopadu ochorenia na každodenné aktivity pacienta, zamerať sa na identifikáciu a zvládnutie stresových situácií a faktorov. Má sa zakladať na postup-

nom zavádzaní fyzickej aktivity podľa individuálnej tolerancie. Je potrebné trénovať funkcie na zlepšenie kognitívnej dysfunkcie, najmä na zlepšenie poruchy pamäte a koncentrácie pomocou mnemotechnických pomôcok (Loblay a Stewart, 2002).

Boli prezentované 2 hypotézy (Carruthers a spol, 2003) ako základný model KBT chronického únavového syndrómu. Prvá hypotéza predpokladá, že patofyziológia CFS je do značnej miery nezvratná, ale domnieva sa, že ovplyvnením pacientovho prežívania a ovládania správania sa možno dosiahnuť určité zlepšenie kvality života. Druhá hypotéza je založená na predpoklade, že pacientovo postihnutie je spôsobené naučeným zlým spôsobom myslenia. Považuje patofyziológiu CFS za úplne reverzibilnú a udržiavanú iba na interakciách kognitívnych, behaviorálnych a emocionálnych procesov. Podľa tohto modelu KBT by mala nielen zlepšiť kvalitu života pacienta, ale môže mať aj potencionálne liečebný efekt. Niektorí zástancovia naznačujú, že v ideálnom prípade praktickí lekári by mali diagnostikovať CFS a odporúčať pacientom KBT psychoterapiu bez vyšetrení špecialistami v iných medicínskych odboroch. Prvá hypotéza sa zdá rozumná v biopsychosociálnom modeli ochorenia, ale časom môže byť objavený liek.

CFS a úzkosť

Úzkosť pri CFS (Carruthers a spol, 2003) je podmienená:

- obavou o zdravie, príčiny symptómov ochorenia,
- sociálnym dopadom, stratou sociálnych kontaktov, stratou podpory rodiny, finančnými problémami, stratou kariéry,
- vzhľadom k precitlivelosti pacientov s CFS na lieky môže sa vyskytovať úzkosť v reakcii na lieky.

Liečba komorbídnej úzkostnej poruchy pri CFS

Liečba komorbídnej úzkostnej poruchy (Carruthers a spol, 2003) je podobná ako pri úzkosti bez CFS, liečbu prispôbujeme pacientovej citlivosti na lieky. Pomocou hypnotík upravujeme spánok na zaistenie odpočinku pacienta a zregenerovanie síl. Ak je to možné, treba použiť nízke dávky SSRI, benzodiazepíny sú užitočné u pacientov s poruchami hybnosti a so syndrómom nepokojných nôh. Pomocou KBT sa pacient vyrovnáva s nereálnymi obavami. Pomáha tiež nácvik dýchania, napätie znižuje aj chôdza a plávanie.

CFS a depresia

Dôvody afektívnych porúch pri CFS sú nasledovné:

- smútková reakcia z dôvodu straty zdravotných, spoločenských vzťahov, straty podpory rodiny, finančných schopností, zo straty kariéry, z neistoty,
- zmeny v náladе a kognitívne zmeny biologického charakteru pri CFS,
- komorbídne depresívne poruchy,
- zmeny nálady v závislosti od užívania liekov (Stein, 2005).

Liečba komorbídnej depresie v CFS

Liečba komorbídnej depresie (White a Cleary, 1997) je podobná ako liečba depresie bez CFS. Nízke dávky tricyklických antidepresív sú užitočné pre úpravu spánku a terapiu – zmiernenia bolesti, ale antidepresívny efekt sa nedostaví. Pacienti zvyčajne tolerujú len nižšiu dávku antidepresív, niektorí pacienti netolerujú akékoľvek antidepresívum.

Pri podávaní antidepresíva je všeobecne vhodné začínať s nízkymi dávkami a postupne dávky zvyšovať. Efekt antidepresívnej terapie CFS pozorujeme o 6–12 týždňov, nie skôr (nie o 2–3 týždne, ako to býva pri samotnej depresívnej poruche), dokonca už o niekoľko dní pri analgetickom alebo sedatívnom pôsobení antidepresíva (Stein, 2005).

Antidepresíva môžu zlepšovať imunologické parametre, nie je však známy mechanizmus tohto účinku. Pôsobením antidepresív môže byť zmenená nielen patologická nálada a zmiernenie bolesti, ale môže byť prerušený aj bludný kruh prekážok a následkov pri problémoch a nemožnosti pacientov.

Antidepresíva novších generácií pacienti tolerujú lepšie ako tricyklické antidepresíva. Predpokladá sa hlavne efekt farmák zo skupiny selektívnych inhibítorov spätného vychytávania sérotonínu – SSRI, reverzibilných inhibítorov monoaminoxidázy – RIMA a fytoantidepresív (Janů a spol., 2003).

Väčšina antidepresív bola skúšaná na malých súboroch a dosiahnuté výsledky neboli potvrdené v opakovaných štúdiách. Išlo predovšetkým o otvorené, naturalistické sledovania.

Využitie polyfenolov v liečbe CFS

Chronický únavový syndróm je stav subjektívne vysilujúci so znížením kvality života. Hľadajú sa preto ďalšie možnosti terapie. V súčasnosti prebiehajú štúdie s využitím polyfenolov v liečbe CFS.

Prirodzeným zdrojom komplexnej zmesi polyfenolov, najmä flavonoidov, je kakao. Flavonoidy sú rastlinné látky so silnými antioxidantnými vlastnosťami. Čokoláda pôsobí v mozgu cez neurotransmitery sérotonínové, fenyletylamínové a anandamidové. U pacientov s CFS sú známe nerovnováhy rôznych neurotransmiterov vrátane sérotonínu. Tým, že flavonoidy regulujú neurotransmitery, môžeme ovplyvňovať symptómy CFS (Sathyapalan, 2010).

Záver

Chronický únavový syndróm je patologický stav diagnostikovaný na základe syndromologických kritérií. Príčina tohto syndrómu nie je známa, ide pravdepodobne o polyetiologické ochorenie. Významnú časť ťažkostí pacientov tvoria syndrómy, ktoré nie sme schopní úplne objektivizovať – bolestivé syndrómy, depresívne ladenie, poruchy spánku a poruchy koncentrácie.

Únavová symptomatika je sprievodným prejavom mnohých ochorení. Je potrebné klásť dôraz na komplexnú interdisciplinárnu diagnostiku problémov pacienta so zachovaním individuálneho prístupu.

Pre diagnostiku chronického únavového syndrómu doposiaľ nebol nájdený žiadny jednoznačný laboratórny marker. Doposiaľ žiadny liek nebol vyhodnotený ako plne účinný v terapii prejavov chronického únavového syndrómu. Súčasťou liečby by mali byť rehabilitačné a psychoterapeutické postupy.

V prácach o chronickom únavovom syndróme dochádza k veľkým odlišnostiam v charakteristikách sledovaných súborov. Dĺžka sledovania je obmedzená, štúdie väčšinou trvajú do šiestich týždňov (Janů a spol., 2003). Chorí s prejavmi chronického únavového syndrómu tvoria heterogénny súbor zjednotený na základe syndromologických kritérií. Snahy spresniť diagnózu CFS by sa mali premietnuť v klasifikácii DSM-V, ktorá sa v súčasnosti pripravuje v USA.

Literatúra

- Buchwald, D.:** Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: similarities and differences. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 12, 1996, č. 22, s. 219-243.
- Carruthers, B.M., Jain, A.K., De Meirlei, K. et al.:** Myalgic Encephalitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical working case definition diagnostic and treatment protocols - A consensus document. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 1, 2003, č. 11, s. 7-116.
- Clark, A.:** Being There: Putting Brain, Body and World Together Again. Cambridge: MIT Press, 1998, 269 s.
- De Lange, F.P., Kalkman, J.S., Bleijenberg G. et al.:** Gray matter volume reduction in the chronic fatigue syndrome. *NeuroImage*, 2005, č. 26, s. 777-781.
- Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I. et al.:** The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121, 1994, č. 12, s. 953-959.
- Goldenberg, D.L., Simms, R.W., Geiger, A., Komaroff, A.L.:** High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. In: *Arthritis and Rheumatism*, 3, 1990, č. 33, s. 381-387.
- Herman, E., Praško, J., Seifertová, D.:** Konziliárni psychiatrie. Praha: Medical tribune CZ, 2007, 604 s.
- Jammes, Y., Steinberg, J.G., Mambrini, O. et al.:** Chronic fatigue syndrome: assesment of increased oxidative stress and altered muscle excitability in response to incremental exercise. *Journal of Internal Medicine*, 2005, č. 257, s. 299-310.
- Janů, L. a kol.:** Chronický únavový syndróm. Praha: Triton, 2003, 111 s.
- Joyce, J., Hotopf, M., Wessely, S.:** The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndromes: a systematic review. *QJ Med.*, 4, 1997, č. 90, s. 223-233.
- Lorusso, L., Mikhaylova, S.V., Capelli, E. et al.:** Immunological aspects of chronic fatigue syndrome. *Autoimmunity Reviews*, 4, 2009, č. 8, s. 287-291.
- Loblay, R., Stewart, G. et al.:** Clinical practise guidelines 2002. *Medical Journal of Australia*, 176, 2002, č. 8, s. 17-55.
- Lombardi, V.C., Ruscetti, F.W., Jaydip Das Gupta, J.D. et al.:** Detection of an onfectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome. *Science*, 326, 2009, s. 585-589.
- Okada, T., Tanaka, M., Kuratsune, H. et al.:** Mechanisms underlying fatigue? A voxel-based morphometric study of chronic fatigue syndrome. *BMC Neurol.*, 14, 2004, č. 4.
- Patarca-Montero, R., Klimas, N.G., Fletcher, M.A.:** Immunotherapy of chronic fatigue syndrome: Therapeutic interventions aimed at modulating the Th1/Th2 cytokine expression balance. *Journal of chronic fatigue syndrom*, 8, 2001, č. 1, s. 3-37.
- Rovenský, J. et al.:** *Klinická reumatológia*. Martin: Osveta, 2000, 1048 s.
- Sathyapalan, T. et al.:** Hight cocoa polyphenol rich chocolate may reduce the burden of the symptoms in chronic fatigue syndrome. *Nutrition Journal*, 2010, 9, s. 55.
- Scott, L.V., Dinan, T.G.:** Urinary free cortisol excretion in chronic fatigue syndrome, major depression and in healthy volunteers. *Journal of Affective Disorders*, 42, 1998, č. 47, s. 49-54.
- Smythe, H.:** The symptom Intensity Scale, Fibromyalgia and the Meaning of Fibromyalgia-like Symptoms. *The Journal of Rheumatology*, 11, 2006, č. 33, s. 2113-2114.
- Stein, E.:** Assessment and Treatment of Patients with ME/CFS: Clinical guidelines for Psychiatrists, 2005, 28 s. Dostupné na internete: <http://www.cfids-cab.org/MESA/ccpc.html>.
- Tirelli, U., Chierichetti, F., Tavio, M. et al.:** Brain Positron Emission Tomography (PET) in Chronic Fatigue Syndrome: Preliminary Data. *American Journal of Medicine*, 105, 1998, č. 3A, s. 54-58.
- White, P.D., Cleary, K.J.:** An open study of the efficacy and adverse effects of moclobemide in patients with the chronic fatigue syndrome. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 1997, č.12, s. 47-52.

Do redakcie došlo 20.5.2012.

Akceptované na publikovanie 22.6.2012.