

**№ 3 // 2019**

ISSN 1605-7295 (Print)  
ISSN 2522-1175 (Online)

DOI: 10.30978/UTJ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ

---

# УКРАЇНСЬКИЙ ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

---

ЗАСНОВАНИЙ У 1998 РОЦІ

**Рецензоване науково-практичне спеціалізоване видання  
терапевтів і сімейних лікарів**

Журнал включено  
до Переліку наукових фахових видань України з медичних наук  
Додаток 8 до наказу Міністерства освіти і науки України  
№ 1328 від 21.12.2015 р.

Журнал зареєстровано в міжнародних наукометричних системах  
та спеціалізованих каталогах Index Copernicus, Google Scholar,  
Science Index, JIFACTOR, Ulrich's Periodicals Directory, Scientific Indexing  
Services, ResearchBib, ICMJE, Polska Bibliografia Naukowa, CrossRef

Журнал внесено до загальнодержавних баз даних  
«Україніка наукова», Національної бібліотеки України  
імені В.І. Вернадського, «Наукова періодика України»

Матеріали публікуються в УРЖ «Джерело»

[www.utj.com.ua](http://www.utj.com.ua)  
[www.vitapol.com.ua](http://www.vitapol.com.ua)

ПП «ІНПОЛ ЛТМ»  
Київ // 2019

# УКРАЇНСЬКИЙ ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор Г.Д. Фадєєнко

## Редакційна колегія

Абрагамович О.О. (Львів)  
Амосова К.М. (Київ)  
Бабак О.Я. (Харків) (науковий редактор)  
Біловол О.М. (Харків)  
Воевода М.І. (Новосибірськ, Росія)  
Гаргін В.В. (Харків)  
Гріднев О.Є. (Харків)  
Денисенко В.П. (Харків)  
Дикун І. (Дикун І.) (Ессен, Німеччина)  
Железнякова Н.М. (Харків)  
Зав'ялова Л.Г. (Новосибірськ, Росія)  
Ісаєва Г.С. (Харків)  
Іщейкін К.Є. (Київ)  
Коваленко В.М. (Київ)  
Коваль С.М. (Харків)  
Колеснікова О.В. (Харків)  
(заступник головного редактора)

Копиця М.П. (Харків)  
Коркушко О.В. (Київ)  
Крахмалова О.О. (Харків)  
Несен А.О. (Харків)  
Нетяженко В.З. (Київ)  
Рудик Ю.С. (Харків)  
Серік С.А. (Харків)  
Симонова Г.І. (Новосибірськ, Росія)  
Синяченко О.В. (Лиман)  
Топчій І.І. (Харків)  
Фещенко Ю.І. (Київ)  
Чернишов В.А. (Харків)  
Швець О.В. (Київ)  
Янушевич А. (Januszewicz A.)  
(Варшава, Польща)  
Розенман Й. (Rozenman Y.)  
(Тель-Авів, Ізраїль)

## Засновники

Державна установа  
«Національний інститут терапії  
імені Л.Т. Малої НАМН України»,  
ПП «ІНПОЛ ЛТМ»

## Реєстраційне свідоцтво

КВ № 16646-5118ПР від 21.05.2010 р.

## Рекомендовано Вченою радою Національного інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України

Протокол № 8 від 24.09.2019 р.

## Видавець

ПП «ІНПОЛ ЛТМ»  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 5460 від 15.08.2017 р.

## Комп'ютерна верстка

А.В. Корженівська

## Періодичність

4 рази на рік

## Друк

ТОВ «Друкарня „Рута“»  
м. Кам'янець-Подільський,  
вул. Пархоменка, 1  
(ДК № 4060 від 29.04.2011 р.)

Підписано до друку 25.09.2019 р.

Ум. друк. арк. 10,92

Формат 60 × 84/8. Папір офсет.,

безкислотний ☺

Друк офсет. Замовлення № 3-19Т

Тираж 1000 прим.

## Адреса редакції та видавця

03179, м. Київ,  
вул. Академіка Єфремова, 19а, оф. 3

## Телефон

(044) 298-00-60, (044) 298-00-61

E-mail: vitapol3@gmail.com

Передплатний індекс 21931

Відповідальність за зміст, добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст та оформлення інформації про лікарські засоби — замовники. Передрук опублікованих статей можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

Знаком □ позначена інформація про лікарські засоби для медичних працівників.

Матеріали зі знаком © друкуються на правах реклами.

За зміст рекламних матеріалів відповідають рекламодавці.

Видання призначене для фахівців галузі охорони здоров'я.

© Український терапевтичний журнал, 2019

© ПП «ІНПОЛ ЛТМ», 2019

[www.utj.com.ua](http://www.utj.com.ua), [www.vitapol.com.ua](http://www.vitapol.com.ua)

# Синдром хронічної втоми: клініко-патофізіологічні, діагностичні та диференційно- діагностичні аспекти (огляд літератури та дані власних спостережень)

## Частина 2

Синдром хронічної втоми (СХВ) — патологічний стан, частота ураження яких у світі невпинно зростає, але надійних лікувально-профілактичних програм реабілітації донині не розроблено.

У статті висвітлено дані вітчизняних та зарубіжних джерел літератури щодо наявних методів профілактики, лікування та реабілітації хворих на СХВ та спроба окреслити ймовірні перспективи у цьому напрямі.

Констатується, що лікування й реабілітація хворих на СХВ повинна базуватися на застосуванні немедикаментозного (мінімізація факторів ризику, дозовані фізичні навантаження, когнітивна поведінкова терапія, оздоровче харчування) та медикаментозних (болевативних, антидепресантів, активаторів метаболізму, імунокорегуючих та засобів альтернативної медицини) комплексів. Наведені загальні принципи лікування хворих на СХВ згідно міжнародної практики. Основний етап лікування складає 12 тиж із застосуванням полікомпонентних фармакосумісних засобів різнонаправленої метаболітотропної, імунокорегуючої дії як базових чинників на тлі вищенаведених немедикаментозних і медикаментозних підходів. Подальші етапи реабілітації плануються персоналізовано з урахуванням факторів ризику, засобів соціальної підтримки, навчання та мотивації хворих до активної участі у лікувальному процесі. Подальші етапи реабілітації можуть тривати місяці, роки. Повне виздоровлення спостерігається нечасто, тривалі ремісії – часті, рецидиви СХВ залежать від правильно побудованих програм лікування та ступеня їх виконання хворими. Відображено вдосконалення зазначених методів за останні 10 років та окреслено можливі перспективи в аспекті реабілітації таких хворих. Вбачається зміна парадигми лікування цієї недуги з нинішньої, симптоматичної терапії до, в майбутньому, патогенетичної.

Синдром хронічної втоми — складний патологічний стан, що важко піддається лікуванню, а існуючі лікувально-профілактичні методи підлягають удосконаленню.

### Ключові слова:

синдром хронічної втоми, методи лікування, реабілітація.

Синдром хронічної втоми (СХВ) — це мультисистемне гетерогенне захворювання з недостатньо дослідженим патогенезом, що проявляється широким спектром різних психосоматичних станів, нейрокогнітивними, нейроендокринними, метаболічними та імунними порушеннями, значним погіршенням працездатності та якості життя [13].

У США кількість таких хворих становить близько 2 млн осіб, а прямі витрати на їх медичне обслуговування сягають майже 24 млрд доларів щорічно [29]. У цій країні спостерігається подальше зростання захворюваності на СХВ. Провідні фахівці з дослідження СХВ вважають, що



**О.І. Волошин,  
Б.П. Сенюк,  
Л.О. Волошина,  
В.П. Присяжнюк,  
О.І. Доголіч**

ВДНЗ України  
«Буковинський  
державний медичний  
університет»,  
Чернівці

### КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Присяжнюк Василь Петрович**  
д. мед. н., доц. кафедри  
пропедевтики внутрішніх хвороб

58002, м. Чернівці, пл. Театральна, 2  
E-mail: prisyaznyuk\_v@ukr.net

Стаття надійшла до редакції  
28 травня 2019 р.

в поле діяльності практичних лікарів потрапляють лише близько 20% від імовірної кількості таких хворих, в інших випадках — це відносно компенсовані амбулаторні варіанти СХВ, і пацієнти ще не звертаються до медиків, або вони спостерігаються та лікуються в різних фахівців і стан їхнього здоров'я формується під назвами інших поширених соматичних нозологій [13, 15]. Дослідники зазначеної патології вважають, що в інших країнах світу кількість таких хворих може сягати кількох десятків мільйонів [39], у діагностичній «одиссеї» яких беруть участь сімейні лікарі, терапевти, невропатологи, інфекціоністи, імунологи, ендокринологи, а іноді й психіатри.

Донині не існує надійних критеріїв діагностики СХВ, не визначена чітко етіологія захворювання, встановлено надзвичайно широкий спектр патогенетичних порушень на рівні різних систем організму, в тому числі на клітинному рівні, які важко взаємопов'язано інтерпретувати. Тож не дивно, що лікувальні підходи впродовж майже 30-річного періоду дослідження даного захворювання залежно від фаху лікарів були різноманітними, а результати такого лікування, як правило, були ненадійними як у близькій, так і віддаленій перспективі [10, 15]. Зазначені обставини закономірно зумовили зростаючу кількість і глибинність досліджень цієї хвороби. Виявлення численних ризик-факторів виникнення СХВ свідчить, що він формується, як незвичайна реакція організму на надмірні різнопланові навантаження на окремі категорії людей. В останньому аналітичному висновку експертів Інституту медицини Національної академії США [15, 16] у зв'язку із зазначеним навіть запропоновано альтернативну, сучаснішу назву цієї недуги: «Хвороба інтолерантності системного перенапруження» [Systemic exertion intolerance disease — SEID]. Нині соціальну загрозу зростання поширеності цього захворювання вважають одним із сучасних викликів медицині світу [29].

Метою роботи є висвітлення даних літератури щодо лікувально-профілактичних підходів у хворих на СХВ та спроба окреслити ймовірні перспективи в цьому напрямі.

У підсумковому огляді Національного центру здоров'я США 2002 р., присвяченому широкому колу питань СХВ, у розділі «менеджмент» зазначено, що на той час ще не існувало чітких надійних рекомендацій щодо лікування цієї недуги [30]. Загалом повідомлялось, що комплексне нефармакологічне та фармакологічне лікування будувалося за принципом усунення симптомів СХВ та відновлення порушених функцій, а при обґрунтуванні лікувальних комплексів врахову-

валась багатофакторність розвитку СХВ із визначенням причин, що пролонгують стан цієї хвороби чи сприяють торпідності її перебігу. Вже тоді було доведено, що застосування дозованих фізичних навантажень, включаючи аеробіку та психотерапію, окремо та разом узятих, давало найбільш стійкі результати в лікуванні СХВ, особливо його варіантів, що супроводжувалися депресією, болем у суглобах, спині чи грудній клітці. Поєднання дозованих фізичних навантажень та психотерапії зумовлювало в 3–4 рази кращі результати, ніж лікування виключно медикаментозними засобами. На той час уже було проведено плацебо-контрольовані дослідження із застосуванням імунотропних, антивірусних засобів, препаратів рибонуклеїнової кислоти, імуноглобулінів, антихолінергічних, антидепресантних, антигістамінних, антисеротонінових засобів, але отримано слабкі позитивні результати. Нестероїдні протизапальні препарати виправдовували себе в контексті купірування больових синдромів [32, 36]. Наводились певні докази на користь засобів альтернативної та комплементарної медицини (масажу, активаторів метаболізму, фітотерапії, мультивітамінів/мікроелементів, спеціальної дієти, гомеопатичних засобів) [2, 7, 8, 12, 23]. Ще тоді наголошувалося, що побудова комплексної програми лікування СХВ повинна враховувати ймовірні індивідуальні причини й механізми його розвитку, результати клініко-лабораторних досліджень, включаючи елементи навчання пацієнтів, активного задіяння їх у процес лікування [18, 37].

Упродовж останніх років здійснювалися численні спроби покращення результатів лікування цієї недуги за допомогою адаптогенів (родіола рожева, лимонник китайський, елеутерокок), рослинних імуномодуляторів, бджолиного пилку, ербісолу, рослинних антивірусно-протизапальних засобів (пеларгонія, евкаліпт) тощо [1]. Вдосконалювалися технології їх використання, були спроби залучення нових лікувально-профілактичних програм [28, 31, 35]. У цьому контексті певний внесок зроблено вітчизняними вченими [1–3, 6, 9]. Найбільш вагомим можна вважати застосування біологічного препарату ербісолу та фітокомплексу імуноплюс, пилку бджолиного та адаптогенів [3]. Хоча слід зазначити, що тривалих спостережень відносно застосованих ними методів лікування не проводилось. Загальні результати вітчизняних дослідників у цьому напрямі, як і загалом проблемі СХВ, виглядають досить скромно.

Важливо зазначити, що більшість зарубіжних досліджень здійснювалися за дизайном сучасної рандомізації, плацебо-контролю чи порівняль-

них груп за окремим напрямом медикаментозних чи немедикаментозних методів лікування цієї хвороби, у тому числі з удосконаленням методів немедикаментозного лікування, або з появою та апробацією нових перспективних методів симптоматичного лікування та можливого їхнього впливу на встановлені на той період патогенетичні порушення в організмі хворих [14, 34]. Отримано вагомні результати в аспекті підвищення ефективності лікування, але не поклалися великі надії на те, що сучасні високоартісні медикаментозні засоби можуть суттєво покращити вирішення цієї проблеми. Інтенсивні та тривалі дослідження вчених, переважно з країн Північної Америки, в обох (немедикаментозне і медикаментозне лікування) напрямках з 2015 р. дозволили дуже вагомо вдосконалити стратегію і тактику лікування СХВ [33].

Згідно результатів та висновків цих досліджень сучасна стратегія лікування СХВ має на меті: усунення/зменшення симптомів, порушених функцій та якості життя, запобігання загостренням; психологічну допомогу пацієнтам із СХВ у подоланні проявів цієї хвороби, особливо депресій; запобігання середовищ-індукованим/асоційованим проявам СХВ [13, 34].

Суттєво оновлено стратегію управління лікуванням СХВ, яка передбачає: встановлення належних підтримуючих терапевтичних відносин з пацієнтом; навчання пацієнта і його сім'ї особливостям цього синдрому; співпрацю з хворим у контексті індивідуалізації лікувальної програми; настанови пацієнту щодо його власної відповідальності за стан здоров'я шляхом належної реалізації розробленої програми лікування; набуття досвіду з раннього виявлення і запобігання / усунення симптомів СХВ; початок симптоматичного лікування з усунення найбільш маніфестних симптомів [15, 33, 34].

Лаконічно розглянемо основні сучасні принципи і методи лікування СХВ. Складові стратегії реабілітаційної програми включають немедикаментозні і медикаментозні методи лікування.

### Немедикаментозні методи лікування

1. Необхідно докладно вивчити індивідуальні ризик-фактори і максимально їх виключити чи мінімізувати — це першооснова, запорука успіху, в якій пацієнт відіграє основну роль, а лікар є лише наставником.
2. Щоденні поступово (покроково) зростаючі різнопланові фізичні навантаження, бажано максимальне «спілкування з природою».
3. Психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія та психосоціальна доброзичлива підтримка (в сім'ї, на роботі, в суспільстві, робота на непо-

вну ставку тощо), створення соціальних груп підтримки таких хворих [22, 24, 26, 28, 40].

4. Оздоровче харчування (з підвищеним вмістом вітамінів, мікроелементів Zn, P, Fe, Cu, Mg, K, антиоксидантів, L-аргініну, L-карнітину, амінокислот, омега-3, -6 ненасичених, лінолевої, ліноленової жирних кислот). Найкращими джерелами зазначених речовин є фрукти, овочі, насіння соняшнику, гарбуза, ядра грецьких горіхів, фундук, риба, м'ясо птиці, яйця домашніх курей та перепілок). Обмежують кофеїн-вмісні продукти харчування (шоколад, кава, чай, тонізуючі напої), які збуджують нервову систему, виснажують надниркові залози, зменшують запаси вітамінів групи В в організмі, пригнічують абсорбцію заліза. Також обмежують цукор у їжі, який сприяє стресу, збільшує нервову напругу, тривогу, витісняє вітаміни групи В, погіршує метаболізм вуглеводів, сприяє індукуванню грибами типу *Candida*. Алкогольні напої негативно впливають на абсорбцію вітамінів і мінералів, особливо магнію, чим поглиблюють втому, коливання настрою.

Навчальна компонента за цими чотирма пунктами є визначальною; хворого необхідно активно включати в її виконання, переконати, що реалізація цих чотирьох позицій забезпечує у 2—4 рази кращі результати, ніж застосування будь-яких лише медикаментозних засобів, навіть найбільш сучасних.

Але навчатися цьому треба також лікарям і парамедикам. Для цього у світі з 2015 р. 12 травня визнано Міжнародним днем обізнаності про існування СХВ. Зазначений факт дає можливість покращити знання громадським діячам, професіоналам сфери охорони здоров'я про симптоми, діагностування та лікування СХВ, а також потребу в кращому розумінні цієї складної хвороби і таких хворих [13, 35].

### Фармакологічна терапія

Хворий повинен чітко усвідомити, щовилікувати його від СХВ лише фармакологічними препаратами неможливо. На сьогодні фармакологічні засоби застосовуються тільки як симптоматичні. Їх використовують переважно як засоби полегшення страждання. Список ліків, що застосовують при СХВ, широкий. Напрями фармацевтичного впливу здійснюють згідно кластерів симптомів:

1. У зв'язку з домінуванням в клініці больових симптомів (розлиті цефалгії, артралгії, міалгії) застосовують знеболюючі (починають з парацетамолу, далі — один з переліку: диклофенак, німесулід, ібупрофен, напроксен, моваліс, коксиби, іноді, в найтяжчих випадках, і наркотичні

засоби: трамадол, кодеїн, налбуфін, промедол; їх використовують переважно при запальному генезі болю). У разі недостатньої ефективності їх поєднують з антиконвульсантами (прегабалін, габапентин), які є більш ефективними при нейропатичному генезі болю [32, 36].

2. Унаслідок поширеності депресії, когнітивних порушень серед хворих на СХВ, цим людям часто і тривало призначають антидепресанти з різним ступенем успіху. Але майже всі антидепресанти метаболічно взаємодіють з іншими ліками, і нерідко результати цих взаємодій є дуже серйозними. Саме зазначені обставини роблять застосування антидепресантів у пацієнтів із СХВ контраверсійним. Проте, хворі на СХВ є дуже чутливими до антидепресантів, і в більшості випадків покращення (в тому числі зменшення болю) настає навіть за малих доз.

Спектр апробованих у пацієнтів із СХВ антидепресантів є доволі широким: від трициклічних (амітриптилін) до бупріону, міртазапіну, інгібіторів селективного захоплення серотоніну (флуоксетин, сертралін, золпідем, доксемін, пароксетин, дулоксетин тощо) [17, 32]. Проте, всі вони не впливають на імунні розлади, що лежать в основі СХВ, тому будь-яке лікування, спрямоване на пом'якшення симптомів, вважається паліативним. Якщо зважати, що антидепресанти хворі можуть вживати місяцями, а ці ліки володіють кардіодепресивною дією, то варто задуматись над їх застосуванням, особливо в осіб, яким за 40–50 років.

### **Антивірусна та імунотропна терапія**

Раніше при СХВ випробовували імунотропні та індуктори інтерферону (ізопрінозин, інта-толімод-ампліген), сполуки нуклеїнових кислот, але не отримали обнадійливих результатів навіть при тривалому їх використанні [9, 30]. Подібні наслідки були й при застосуванні класичних антивірусних препаратів ацикловіру, валацикловіру, ганцикловіру [29]. Потужна спроба виявити ефективність противірусних препаратів у плацебо-контрольованих дослідженнях при СХВ здійснена в 2013 р. вченими J.G. Montoya та співавторами (США), які призначали найсучасніший противірусний препарат валганцикловір у хворих на СХВ у стандартних дозах упродовж 9 міс. Якщо на початковому етапі (3 міс) відзначено певні переваги застосування валганцикловіру, то наприкінці дослідження не виявлено різниці порівняно з групою плацебо [29]. Однак, як зазначають вітчизняні імунологи, успішна корекція імунологічних порушень можлива при одночасному застосуванні, часом тривалому, антивірусних та імунотропних засобів [4, 5].

Здійснено також спробу застосувати біологічні препарати моноклональних антитіл (ритуксимаб), але результати також виявилися ненадійними [19, 20]. Зазначається, що хворі на СХВ мають підвищену схильність до бактеріальних, грибкових інфекцій різної локалізації, які можуть провокувати загострення СХВ. У таких випадках виправдане нетривале використання антибіотиків, протигрибкових засобів [15].

### **Метаболітотропна й антиоксидантна терапія**

Найбільш ефективними виявилися похідні амінокислоти L-карнітину, які є важливими в транспорті ненасичених жирних кислот у мітохондрії для генерації енергії в клітинах м'язів, мозку та які потрібно приймати місяцями [25, 38]. Антиоксиданти (включаючи  $\alpha$ -ліпоєву кислоту, вітаміни Е, С) — це група вітамінів, мінералів, біофлавоноїдів і ферментів, що допомагають захищати клітини від окисляючого стресу, а також покращують функцію мітохондрій [11]. Засоби впливу на мітохондріальну дисфункцію на нинішньому етапі вважаються найбільш перспективною групою чинників, що всеохоплююче діють на цей базовий клітинний метаболічний локус [11]. Вважають, що до таких належать коензим Q10 і NADH, які збільшують целюлярну АТФ-продукцію та зменшують відчуття втоми, когнітивні дисфункції. Проте, дані щодо впливу коензиму Q10 і NADH-добавок на працездатність і основні симптоми при СХВ поки що обмежені та суперечливі [16].

### **Комплементарна й альтернативна медицина**

Хворі на СХВ більш прихильні до альтернативних методів лікування, ніж інші пацієнти [12, 15, 23]. Вони часто відмовляються від ортодоксальних методів, відчуваючи їх тимчасову дію. Серед комплементарних засобів найбільш популярними є дієтичні добавки різного складу [27]. Проведено численні дослідження з їх використанням, підсумовані в систематичному огляді у 2007 р., згідно якого добавки на основі есенціальних жирних кислот та магнію виявилися найбільш ефективними [23]. Певною мірою подібні ефекти давали полінутрієнні добавки на основі вітамінів, мінералів, коензиму Q10 [16, 33]. Однак найбільш ефективними вони виявилися у хворих, які мали значні харчові дефіцити. Не заперечуючи роль дієтичних добавок в комплексному лікуванні хворих на СХВ, наголошується, що їх використання може розцінюватися лише як допоміжна терапія, а належних доказів їх достатньої ефективності та необхідності вико-

ристання ще немає [27]. Існує потреба подальших наукових пошуків. На сьогодні відомо, що використання дієтичних добавок є безпечним, а ті з них, які матимуть властивості впливу на мітохондріальну дисфункцію, будуть найбільш перспективними (як комплекс коензим Q10-NADH) [16, 32]. Застосування будь-яких засобів місцевої дії, в тому числі масажу, мануальної терапії, акупунктури, рослинних та біологічних засобів (мазі, гелі, спреї тощо) з болетамувальними властивостями у цих хворих також вважають виправданим (артралгії, міалгії, цефалгії, тощо) [15].

### Загальні принципи лікування хворих на СХВ

Як правило, хворі на СХВ — це амбулаторний контингент пацієнтів. Результати лікування визначають правильно побудована лікарем програма немедикаментозного та медикаментозного лікування і ступінь її реалізації хворим на СХВ, форм його соціальної підтримки. Це так званий персоніфікований підхід, що ще іменується як «прагматична реабілітація» [15].

Згідно міжнародної практики, основний етап лікування складає 12 тиж [10, 15]. За цей період у більшості хворих вдається досягти стану нестійкої ремісії, мінімізувати ступінь медикаментозного впливу, залишивши на довготривалій період (іноді роки) немедикаментозні методи профілактики. В рандомізованих клінічних дослідженнях доведено, що повне одужання від СХВ при використанні лише немедикаментозних методів можливе в 22% випадків, а медикаментозних — тільки в 7% [10] упродовж річного терміну спостереження. В інших випадках виявляли ремісію.

У систематичних оглядах інших авторів зазначаються гірші результати: одужування — 5% (коливання від 0 до 30%), 40% — ремісія (ранг 8–63%); 8–30% здатні повернутися на попередню роботу; 5–20% повідомляють про загострення хвороби. Тобто, загалом прогноз для видужання сумнівний, для праці — обмежений, для життя — незагрозливий, але якість життя таких хворих є низькою [13, 15]. Важливо також зауважити, що часто ці люди є метеозалежними, особливо жінки [31, 34]. У такі «погані дні» їм рекомендується обмежити різні види навантажень, за потреби — підстрахуватися епізодичним прийманням болетамувальних, заспокійливих, краще фітотерапевтичних, засобів.

Ця хвороба може продовжуватись роками із циклами ремісій різної тривалості. Така циклічність робить шлях до одужання нелегким. Різнопланові перенапруження (емоційне, фізичне, ментальне), стреси, інфекційні, особливо вірусні,

захворювання можуть провокувати чергове загострення. На час одужання впливають багато чинників, включаючи генетичні, догляд за собою і допомога собі, лікування, зміни в способі життя. Для хворих на СХВ важливо бути обізнаними в своїй недужі, знати власний організм, своєчасно розпізнавати симптоми загострень і брати на себе відповідальність за поступ у лікуванні та одужанні. Позитивне налаштування дозволяє запобігти опусканню по спіралі до депресії та при сильному бажанні і волі — покращити своє здоров'я та повернення до нормального способу життя. Лікарі і пацієнти повинні бути налаштовані на довготривалу реабілітацію (місяці, скоріше — роки), успішність якої буде залежати від правильної сучасної побудови стратегії і тактики лікування лікарем і рівня (можливостей...) її виконання пацієнтом. Роль соціоекономічних і екологічних факторів також є важливою, особливо в Україні.

Проблемні питання в дослідженні СХВ:

- Дуже мало лікарів, особливо старших генерацій, обізнаних щодо суті СХВ, клініко-патологічних і лікувально-профілактичних особливостей цієї хвороби. Навіть у США лише в 30% вищих медичних навчальних закладах дають знання про СХВ, тільки в 50% навчальних підручників, посібників у цій країні наявна інформація про дане захворювання [15]. В Україні ця ситуація недосліджена: апіорі явний брак знань у великого загалу лікарів. Потрібна інтенсивна професійна просвітницька програма.
- У більшості досліджень СХВ використовувались різні критерії діагностики (Fukuda та співавт., 1994 р.; NSC США, 2002 р., Стенфордські, 2011 р. тощо), часто мали місце малі вибірки хворих, різні дизайни дослідження, не завжди апробація методів лікування порівнювалася з плацебо, тому часто в подібних дослідженнях мали місце контрверсійні висновки. Ці дискусії тривають і до сьогодні.
- Існує необхідність подальшого поглибленого вивчення патогенезу, нових, ефективніших діагностичних і лікувально-профілактичних підходів (вікові, гендерні, професійні, регіональні особливості), в чому полягає перспектива подальших досліджень.
- На сьогодні клінічні дослідники СХВ ще недостатньо реалізували в лікувальному аспекті досягнення патолофізіологів, біохіміків [35] щодо надзвичайно широкого спектра метаболічних порушень (від нейрометаболізму до рівня мітохондрій), їх стійкості, а також імунологів відносно стійкості імунодефіциту, взаємозв'язку з цитокіновою дизрегуляцією, оксидативним,

нітрозитивним стресом, системним запаленням. Ці дослідження обґрунтовують різнопланові перспективні терапевтичні втручання з різними механізмами дії. Однак при реалізації таких підходів існує загроза поліпрагмазії та зумовлених нею ускладнень. Проте, вихід із цієї ситуації можливий шляхом застосування сучасних полікомпонентних фармакосумісних засобів цього спрямування, особливо біологічного чи рослинного походження. Ці ж дослідження можуть індукувати перегляд особливостей та посилення ролі оздоровчого харчу-

вання з акцентом на використання продуктів з підвищеним вмістом карнітину, аргініну, антиоксидантів, омега-3, інших поліненасичених жирних кислот, макро- і мікроелементів тощо. Тим важливіше, що останніми роками в патогенезі СХВ доведено роль певних порушень мікробіома кишечника [21]. У разі успішної реалізації цього напряму перспективною виглядає зміна основної парадигми лікування СХВ: з нинішньої, симптоматичної, терапії до, в майбутньому, патогенетичної. Інтенсивні дослідження цієї недуги в світі тривають.

**Конфлікту інтересів немає. Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — О.І. Волошин, Л.О. Волошина; збір матеріалу — Л.О. Волошина, Б.П. Сенюк, О.І. Волошин; обробка матеріалу — В.П. Присяжнюк, О.І. Волошин, Б.П. Сенюк, О.І. Доголіч; написання тексту — Л.О. Волошина, В.П. Присяжнюк; статистичне опрацювання даних — В.П. Присяжнюк; редагування тексту — О.І. Волошин.

## Список літератури

1. Волошин О.І., Пішак О.В., Васюк В.Л. та ін. Синдром хронічної втоми: діагностичні та фітотерапевтичні лікувально-профілактичні аспекти (огляд літератури) // Фітотерапія: Часопис, 2005.— № 1.— С. 3—10.
2. Дзеружинская Н.А., Сыропятов О.Г. Применение патогенетической биорегуляторной терапии в лечении астенических расстройств при синдроме хронической усталости // Биологическая терапия.— 2013.— № 1.— С. 26—28.
3. Дранник Г.М., Фролов В.М. Вплив комбінації глутаргіну та ербісолу на клініко-імунологічні показники у хворих із синдромом хронічної втоми і підвищеної стомлюваності на тлі хронічної патології травної системи // Укр. мед. альманах.— 2004.— № 7 (2).— С. 58—62.
4. Земсков А.М., Земсков В.М., Караулов А.В. Клиническая иммунология.— ГЕОТАР-Медиа, 2008.— 320 с.
5. Казмирчук В.Е., Мальцев Д.В. Рекомендации по лечению герпес-вирусных инфекций человека // Укр. мед. часопис, 2012.— № 5 (91).— С. 94—106.
6. Каспрук Н.М. Імуномодуюча терапія синдрому хронічної втоми з метаболічним синдромом // Міжнар. ендокрин. журн.— 2016.— № 2.— С. 76—79.
7. Стеблюк В.В. Немедикаментозное лечение синдрома хронической усталости // Лечение и диагностика.— 2001.— № 2.— С. 51—53.
8. Торопчин В.И. Показатели энергетического метаболизма у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне синдрома хронической усталости и их коррекция антигомтоксическими препаратами в ходе медицинской реабилитации // Укр. мед-альманах.— 2013.— № 2.— С. 143—147.
9. Химич А.М., Катов Т.И., Ермоленко Т.И. Применение индукторов интерферона при синдроме хронической усталости, обусловленной урогенитальной инфекцией // Экспериментальная і клінічна медицина.— 2015.— № 1.— С. 97—100.
10. Adamowicz J.L., Caikauskaitė I., Friedberg F. Defining recovery in chronic fatigue syndrome: a critical review // Qual Life Res.— 2014.— Vol. 23.— P. 2407—2416.
11. Alegre J., Roses J.M., Javierre C. et al. Nicotinamide adenine dinucleotide (NADH) in patients with chronic fatigue syndrome // Rev. Clin. Esp.— 2010.— Vol. 210.— P. 284—288.
12. Alraek T., Lee M.S., Choi T.Y. et al. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review // BMC Complement. Altern. Med.— 2011.— Vol. 11.— P. 87.
13. Bested A.C., Marshall L.M. Review of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an evidence-based approach to diagnosis and management by clinicians // Rev. Environ. Health.— 2015.— Vol. 30.— P. 223—249.
14. Blockmans D., Persoons P., Van Houdenhove B. et al. Combination therapy with hydrocortisone and fludrocortisone does not improve symptoms in chronic fatigue syndrome: a randomized, placebo-controlled, double-blind, crossover study // Am. J. Med.— 2003.— Vol. 114.— P. 736—741.
15. Castro-Marrero J., Saez-Francas N., Santillo D., Alegre G. Treatment and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: all roads lead to Rome // Br. G. Pharmacol.— 2017.— Vol. 174(5).— P. 345—369. doi: 10.1111/bph13702.
16. Castro-Marrero J., Saez-Francas N., Segundo M.J. et al. Effect of coenzyme Q10 plus nicotinamide adenine dinucleotide supplementation on maximum heart rate after exercise testing in chronic fatigue syndrome — a randomized, controlled, double-blind trial // Clin. Nutr.— 2016.— Vol. 35.— P. 826—834.
17. Clemons A., Vasiadi M., Kempuraj D. et al. Amitriptyline and prochlorperazine inhibit proinflammatory mediator release from human mast cells: possible relevance to chronic fatigue syndrome // J. Clin. Psychopharmacol.— 2011.— Vol. 31.— P. 385—387.
18. Edmonds M., McGuire H., Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome // Cochr. Database Syst. Rev.— 2004.— P. CD003200.
19. Fluge O., Bruland O., Risa K. et al. (2011). Benefit from B-lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study // PLoS One.— 2011.— Vol. 6— P. e26358.
20. Fluge O., Risa K., Lunde S. et al. B-lymphocyte depletion in myalgic encephalopathy/chronic fatigue syndrome. An open-label phase II study with rituximab maintenance treatment // PLoS One.— 2015.— Vol. 10— P. e0129898.
21. Giloteaux L., Goodrich J.K., Walters W.A. et al. Reduced diversity and altered composition of the gut microbiome in individuals with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome // Microbiome.— 2016.— Vol. 4.— P. 30. doi: 10.1186/s40168-016-0171-4.
22. Hlavaty L.E., Brown M.M., Jason L.A. The effect of homework compliance on treatment outcomes for participants with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome // Rehabil. Psychol.— 2011.— Vol. 56.— P. 212—218.
23. Jones J.F., Maloney E.M., Boneva R.S. et al. Complementary and alternative medical therapy utilization by people with chronic fatiguing illnesses in the United States // BMC Complement. Altern. Med.— 2007.— Vol. 7.— P. 12.
24. Larun L., Brurberg K.G., Odgaard-Jensen J., Price J.R. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome // Cochr. Database Syst. Rev.— 2015.— Vol. 2.— P. CD003200.
25. Malaguarrera M., Gargante M.P., Cristaldi E. et al. Acetyl L-carnitine (ALC) treatment in elderly patients with fatigue // Arch. Gerontol. Geriatr.— 2008.— Vol. 46.— P. 181—190.
26. Malouff J.M., Thorsteinsson E.B., Rooke S.E. et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis // Clin. Psychol. Rev.— 2008.— Vol. 28.— P. 736—745.
27. Maric D., Brkic S., Tomic S. et al. Multivitamin mineral supplementation in patients with chronic fatigue syndrome // Med. Sci. Monit.— 2014.— Vol. 20.— P. 47—53.
28. McCrone P., Sharpe M., Chalder T. et al. Adaptive pacing,



- cognitive behaviour therapy, graded exercise, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome: a cost-effectiveness analysis // *PLoS One*.— 2012.— Vol. 7.— P. e40808.
29. Montoya J.G., Kogelnik A.M., Bhangoo M. et al. Randomized clinical trial to evaluate the efficacy and safety of valganciclovir in a subset of patients with chronic fatigue syndrome // *J. Med. Virol.*— 2013.— Vol. 85.— P. 2101—2109.
  30. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Internations for the management of CFS MT // *Effective Health Care*.— 2002.— Vol. 7.
  31. Nunez M., Fernandez-Sola J., Nunez E. et al. Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: group cognitive behavioural therapy and graded exercise versus usual treatment. A randomised controlled trial with 1 year of follow-up // *Clin. Rheumatol.*— 2011.— Vol. 30.— P. 381—389.
  32. Pae C.U., Marks D.M., Patkar A.A. et al. Pharmacological treatment of chronic fatigue syndrome: focusing on the role of antidepressants // *Exp. Opin. Pharmacother.*— 2009.— Vol. 10.— P. 1561—1570.
  33. Regland B., Forsmark S., Halaouate L. et al. Response to vitamin B12 and folic acid in myalgic encephalomyelitis and fibromyalgia // *PLoS One*.— 2015.— Vol. 10.— Vol. e0124648.
  34. Sharpe M., Goldsmith K.A., Johnson A.L. et al. Rehabilitative treatments for chronic fatigue syndrome: long-term follow-up from the PACE trial // *Lancet Psychiatry*.— 2015.— Vol. 2.— P. 1067—1074.
  35. Smith M.E., Haney E., McDonagh M. et al. Treatment of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a systematic review for a national institutes of health pathways to prevention workshop // *Ann. Intern. Med.*— 2015.— Vol. 162.— P. 841—850.
  36. Theoharides T.C., Asadi S., Weng Z., Zhang B. Serotonin-selective reuptake inhibitors and nonsteroidal anti-inflammatory drugs — important considerations of adverse interactions especially for the treatment of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome // *J. Clin. Psychopharmacol.*— 2011.— Vol. 31.— P. 403—405.
  37. Van Cauwenbergh D., De Koning M., Ickmans K., Nijs J. How to exercise people with chronic fatigue syndrome: evidence-based practice guidelines // *Eur. J. Clin. Invest.*— 2012.— Vol. 42.— P. 1136—1144.
  38. Vermeulen R.C., Scholte H.R. Exploratory open label, randomized study of acetyl- and propionylcarnitine in chronic fatigue syndrome // *Psychosom. Med.*— 2004.— Vol. 66.— P. 276—282.
  39. White P.D., Goldsmith K., Johnson A.L. et al. Recovery from chronic fatigue syndrome after treatments given in the PACE trial // *Psychol. Med.*— 2013.— Vol. 43.— P. 2227—2235.
  40. White P.D., Goldsmith K.A., Johnson A.L. et al. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial // *Lancet*.— 2011.— Vol. 377.— P. 823—836.

## О.И. Волошин, Б.П. Сенюк, Л.О. Волошина, В.П. Присяжнюк, О.И. Доголич

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы

### Синдром хронической усталости: клиничко-патофизиологические, диагностические и дифференциально-диагностические аспекты (обзор литературы и данные собственных наблюдений)

#### Часть 2

Синдром хронической усталости (СХУ) — патологическое состояние, частота поражения которых в мире постоянно растет, однако надежных лечебно-профилактических программ реабилитации до сих пор не разработано.

В работе освещены данные отечественных и зарубежных источников литературы об имеющихся методах профилактики, лечения и реабилитации больных с СХУ и попытка наметить возможные перспективы в этом направлении.

Констатируется, что лечение и реабилитация больных с СХУ должна базироваться на применении немедикаментозного (минимизация факторов риска, дозированные физические нагрузки, когнитивная поведенческая терапия, оздоровительное питание) и медикаментозных (болеутоляющие, антидепрессанты, активаторы метаболизма, иммунокорректирующие и средства альтернативной медицины) комплексов. Приведены общие принципы лечения больных с СХУ согласно международной практике. Основной этап лечения составляет 12 нед с использованием поликомпонентных фармакосовместимых средств разнонаправленного метаболитотропного, иммунокорригирующего действия в качестве базисных средств на фоне вышеприведенных немедикаментозных и медикаментозных подходов. Следующие этапы реабилитации планируются персонализировано с учетом факторов риска, средств социальной поддержки, обучения и мотивации пациентов к активному участию в лечебном процессе. Дальнейшие этапы реабилитации могут длиться месяцы, годы. Полное выздоровление наблюдается нечасто, длительные ремиссии — частые, рецидивы СХУ зависят от правильно построенных программ лечения и степени их выполнения больными. Отражены пути совершенствования указанных методов за последние 10 лет и намечены возможные перспективы в аспекте реабилитации таких больных. Предвидится изменение парадигмы лечения этого недуга с нынешней, симптоматической терапии до, на будущее, патогенетической.

Синдром хронической усталости — сложное патологическое состояние, трудно поддающееся лечению, а существующие лечебно-профилактические методы подлежат совершенствованию.

**Ключевые слова:** синдром хронической усталости, методы лечения, реабилитация.

**O.I. Voloshyn, B.P. Seniuk, L.O. Voloshyna, V.P. Prysyzhnyuk, O.I. Dogolich**

HSEE of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi

The chronic fatigue syndrome: clinical-pathophysiological,  
diagnostic and differential-diagnostic aspects  
(the literature review and data of own observations)  
Part 2

The chronic fatigue syndrome (CFS) is a pathological condition, the incidence of which is constantly increasing worldwide, but reliable therapeutic and prophylactic rehab programs have not been developed yet.

The paper elucidates the literature data from domestic and foreign sources concerning current methods of prevention, treatment and rehabilitation of CFS patients, as well as attempts to outline possible perspectives in this direction.

It is stated that the treatment and rehabilitation of CFS patients should be based on the use of nonmedicated complexes (minimizing risk factors, controlled physical activity, cognitive behavioral therapy, wellness nutrition), and medications (analgesics, antidepressants, activators of metabolism, immunoregulators and alternative medicine). The general treatment principles of patients with CFS according to the international practice have been presented. The main stage of treatment lasts for 12 weeks with the use of multicomponent pharmacologic agents of multidirectional metabolotropic, immune-corrective action as the basic factors against the background of the abovementioned nondrug and drug approaches. Further stages of rehabilitation are planned in a personalized way, with account of risk factors, social support measures, training and motivation of patients to actively participate in the treatment process. Further stages of rehabilitation can take months and years. The complete recovery is observed not very often, but the longterm remissions are frequent, and CFS recurrence depends on the properly designed treatment programs and the degree of their implementation by the patients. The ways to improve the above methods for over the past 10 years have been shown, and possible prospects in the aspect of rehabilitation of such patients have been outlined. The anticipated changes can be predicted for the treatment paradigm of this disorder from symptomatic therapy to the pathogenetic approach.

The syndrome of chronic fatigue is a complex pathological state that is difficult to be treated, and the existing treatment and prophylactic methods require further improvement.

**Key words:** chronic fatigue syndrome, methods of treatment, rehabilitation.