

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ / LITERATURE REVIEWS

Обзорная статья
УДК 159.944.4-079.4 : 616.891.7.019.941
<https://doi.org/10.24884/1609-2201-2024-103-2-42-50>

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С ДРУГИМИ ВАРИАНТАМИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В. А. РЯБКОВА^{1,2}, С. Я. БАТАГОВ²,
В. Н. МАРЧЕНКО², В. И. ТРОФИМОВ²

¹Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург, Россия

²Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 15.04.2024; одобрена после рецензирования 26.06.2024; принята к публикации 03.07.2024

Резюме

Астения является одним из наиболее часто встречаемых синдромов в практической деятельности клиницистов многих специальностей. Однако вопросы критериев отличия астенического синдрома от физиологической усталости, дифференциальной диагностики реактивной астении, вторичного астенического синдрома и миалгического энцефаломиелита/синдрома хронической усталости (МЭ/СХУ) как отдельной нозологической формы могут вызывать сложности у практикующего врача. На оказание помощи пациентам с СХУ негативно влияет отсутствие точных и актуальных знаний о заболевании среди медицинских специалистов. Даже если врачи проявляют сочувствие, они часто не знают, как поставить диагноз и что можно сделать для улучшения самочувствия пациентов. В настоящее время эта проблема особенно актуальна из-за повышенного риска развития СХУ после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. В данной статье представлен современный подход к диагностике СХУ, изложенный в консенсусных рекомендациях, которые были разработаны в 2021 г. независимо друг от друга группами экспертов по диагностике и терапии данного заболевания в европейских странах и США, а также с учетом рекомендаций отечественных специалистов.

Ключевые слова: синдром хронической усталости, астения, дифференциальная диагностика, постковидный синдром

Для цитирования: Рябкова В. А., Батагов С. Я., Марченко В. Н., Трофимов В. И. Современные представления о синдроме хронической усталости: диагностика и дифференциальный диагноз с другими вариантами астенического синдрома. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. 2024;103(2):42–50. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2024-103-2-42-50>.

* **Автор для переписки:** Варвара Александровна Рябкова, ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: varvara-ryabkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6973-9901>.

Review article

MODERN CONCEPTS OF CHRONIC FATIGUE SYNDROME: DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH OTHER VARIANTS OF ASTHENIC SYNDROME

VARVARA A. RYABKOVA^{1,2}, SERGEY YA. BATAGOV²,
VALERY N. MARCHENKO², VASILY I. TROFIMOV²

¹Saint Petersburg State University

²Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

Received 15.04.2024; approved after reviewing 26.06.2024; accepted for publication 03.07.2024

Summary

Chronic fatigue is one of the most common syndromes in the clinical practice of medical doctors of various specialties. However, issues of criteria for distinguishing chronic fatigue from physiological fatigue, differential diagnosis of reactive asthenia, secondary fatigue syndrome and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) as a distinct nosological form can be challenging for physicians. The provision of care to patients with ME/CFS is negatively impacted by the lack of accurate and up-to-date knowledge about the disease among healthcare professionals. Even if doctors are compassionate, they often do not know how to make a diagnosis or what can be done to improve the well-being of patients. Currently, this problem is especially relevant due to the increased risk of developing ME/CFS after suffering from a new coronavirus infection, COVID-19. This article presents a modern approach to the diagnosis of ME/CFS, set out in consensus recommendations that were developed in 2021 independently by groups of experts on the diagnosis and treatment of this disease in European countries and the USA, and taking into account the recommendations of domestic specialists.

Keywords: chronic fatigue syndrome, asthenia, differential diagnosis, post-COVID19 syndrome

For citation: Ryabkova V. A., Batagov S. Ya., Marchenko V. N., Trofimov V. I. Modern concepts of chronic fatigue syndrome: diagnosis and differential diagnosis with other variants of asthenic syndrome. *New St. Petersburg Medical Records*, 2024;103(2):42–50. <https://doi.org/10.24884/1609-2201-2024-103-2-42-50>.

* **Corresponding author:** Varvara A. Ryabkova, Pavlov University, 6–8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: varvara-ryabkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6973-9901>.

© CC Коллектив авторов, 2024

Синдром хронической усталости, известный в англоязычной литературе как миалгический энцефаломиелит/синдром хронической усталости (МЭ/СХУ, англ. myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome, ME/CFS) — хроническое системное заболевание неизвестной этиологии, связанное с дисфункцией нейроэндокринной, иммунной систем и нарушением процессов энергетического обмена [1–2]. Заболевание характеризуется внезапным или постепенным развитием стойкой выраженной усталости, которая наряду с другими симптомами усиливается (часто отсроченно) после ранее хорошо переносимых нагрузок (т. н. постнагрузочное истощение), а также неосвежающим сном, болевыми ощущениями, когнитивными нарушениями и вегетативной дисфункцией, которые не объясняются наличием какого-то другого заболевания, сохраняются в течение как минимум 6 месяцев, не уменьшаются в покое и значительно снижают качество жизни [3].

Л. С. Чутко и М. В. Путилина (2023) отмечают, что термин «миалгический энцефаломиелит» не совсем корректен, поскольку у пациентов отсутствуют объективные признаки энцефаломиелита, а миалгия (мышечная боль) не относится к основным симптомам заболевания [4]. В настоящее время идет активная дискуссия о переименовании СХУ в болезнь непереносимости системной нагрузки (Systemic Exertion Intolerance Disease, STID).

Распространенность СХУ еще до пандемии COVID-19 была достаточно высокая: на основании сообщений разных авторов, она колебалась от 0,007% до 2,8% [5]. По данным метаанализа 34 эпидемиологических исследований, проведенных с 1996 по 2018 г. в разных странах Европы, Азии, Африки и Америки и применявших для диагностики заболевания критерии CDC-1994 (критерии Фукуды), его распространенность в общей популяции составила 0,89% и была схожа во всех регионах мира [6]. Первые постпандемические исследования показали, что распространенность СХУ в популяции увеличилась в 5 раз за счет случаев ПКС, удовлетворяющих диагностическим критериям СХУ (что составляет 43–58% всех случаев ПКС [7–10]). Известно, что СХУ в 1,5–3,2 раза чаще болеют женщины, и могут быть выделены два пика заболеваемости: 10–19 и 30–39 лет [5, 6, 11]. Показано, что распространенность заболевания среди обращающегося в поликлиники взрослого населения Санкт-Петербурга составляет около 4,5% [12].

Большинство пациентов до дебюта заболевания считают себя здоровыми людьми, имеющими достаточную физическую силу. Часто хроническая усталость и другие сопутствующие симптомы начинаются с гриппоподобного состояния: повышения температуры тела, головной боли,

болей в горле, увеличения лимфатических узлов. Затем в течение нескольких часов или дней к указанным проявлениям присоединяется генерализованная мышечная слабость, миалгии, полиартралгии (без развития артрита — синовита). Возникает непереносимость физических нагрузок. При этом длительный отдых не восстанавливает силы. Могут возникать расстройства сна, ухудшение памяти [12]. Через 1–2 недели эти проявления уменьшаются, но больной продолжает испытывать резкую физическую слабость, теряет способность к концентрации внимания. В тяжелых случаях степень выраженности симптомов приводит, по сути, к инвалидизации пациента, вследствие чего может возникнуть выраженная депрессия [1, 12]. Проблемы, связанные с когнитивной сферой, вносят значительный вклад в потерю работоспособности у пациентов с СХУ. Около 85% больных активно жалуются на нарушение внимания, снижение концентрации, расстройства памяти [5].

Как отмечает А. Д. Павлов (2012), основными клиническими симптомами проявления синдрома хронической усталости принято считать: трудность концентрации внимания, общую слабость, утомляемость, головокружение, сонливость, нарушение сна, склонность к гипотимическим (предобморочным) состояниям и синкопам [5]. С позиции современных представлений о СХУ последние два симптома могут быть отнесены к проявлениям такой распространенной черты данного заболевания, как ортостатическая интолерантность, под которой понимают снижение переносимости ортостатических положений, чаще, однако, проявляющееся не синкопальными состояниями, а общим ухудшением самочувствия и когнитивных функций, появлением головокружения, сердцебиения в вертикальном положении тела [13].

Среди прочих распространенных симптомов можно указать на повышенную чувствительность к сенсорным раздражителям, таким как свет, шум, прикосновения или изменения температуры окружающей среды; пищевую непереносимость, непереносимость многих лекарственных препаратов, алкоголя, возникающие новые аллергические реакции; инфекционноподобные иммунные симптомы: частые и продолжительные ОРВИ, признаки воспаления верхних дыхательных путей (фарингиты), болезненность шейных лимфатических узлов, заложенность носа, симптомы интоксикации; признаки дисфункции ЖКТ в виде синдрома раздраженного кишечника; потерю или набор массы тела; сухость глаз, рта, или режущую гиперсаливацию; эмоциональную нестабильность, повышенную тревожность [14]. Однако основным проявлением, с которым такие пациенты обращаются к врачу, является все же астенический синдром.

Таблица 1

Отличия между астеническим синдромом и физиологическим состоянием усталости

Table 1

Differences between asthenic syndrome and physiologic state of fatigue

Физиологическая усталость	Астенический синдром
Наступает после значимого напряжения: физической работы высокой или непривычной интенсивности; значимой психической нагрузки	Ощущение усталости возникает/усиливается после повседневной нагрузки, которую человек выполняет изо дня в день и ранее хорошо переносил
Характеризуется временным снижением активности организма после напряжения	Характеризуется устойчивым снижением активности организма
Полностью проходит после обычного отдыха (ночной сон, отдых в выходные дни и пр.)	Не проходит после обычного отдыха

Астения: отличия от физиологической усталости

Астения (греч. «бессилие», «отсутствие сил»), или астенический синдром, является одним из наиболее часто встречающихся синдромов в клинической практике любого врача. Общей для клинической картины различных вариантов астении является жалоба на патологическую утомляемость. Именно патологический характер утомляемости отличает астенический синдром от физиологического, нормального состояния усталости, которое периодически испытывает в повседневной жизни каждый здоровый человек (Табл. 1).

Из табл. 1 следует важный вывод: распространенная реакция врача на жалобы пациента с астеническим синдромом – «кто сегодня не устает», «Вам просто нужно отдохнуть» – подразумевает, что перед врачом находится человек в физиологическом состоянии усталости. Однако необходимо понимать, что физиологическое чувство усталости знакомо всякому человеку, и ни у кого не возникнет мысль обращаться с ним к врачу. Таким образом, если на приеме оказался пациент, предъявляющий жалобы на повышенную утомляемость, снижение переносимости привычных нагрузок, то отношение к нему врача должно быть как к больному, чье состояние здоровья нуждается во внимательной оценке. Следующим вопросом, который должен решить врач в такой ситуации, является вопрос о природе астенического синдрома у данного конкретного пациента.

Астения: выделение реактивной формы

В целом астению можно разделить на три большие категории – первичную, вторичную и реактивную [15]. Реактивная астения наиболее

близка к физиологической усталости, т. к. ее возникновение также может быть связано со значительным физическим или умственным напряжением, однако, в отличие от физиологической усталости, она возникает при срыве адаптационных возможностей организма, что клинически проявляется в виде отсутствия восстановления сил после обычного отдыха. Факторами, вызывающими дезадаптацию, могут быть не только интеллектуальное, физическое и эмоциональное перенапряжение (в том числе связанное с профессиональной перегрузкой), но и перенесенные инфекции или соматические заболевания (например, инфаркт миокарда), тяжелые операции, роды, авитаминозы, нарушение режима сна и бодрствования (например, у лиц, имеющих сменный график работы), при частой и быстрой смене часовых поясов [15]. Выяснить наличие у пациента наличие данных факторов, предшествовавших появлению симптомов, позволяет сбор анамнеза. В отношении наличия профессиональной перегрузки следует опираться на объективные критерии: 1) Продолжительность рабочего времени более 55 часов/неделю, т. к. это значение ассоциировано в крупных исследованиях с повышенными рисками соматической и психической патологии [16]. У некоторых пациентов, в основном женщин с детьми, в продолжительность рабочего времени следует включать работу по дому. 2) Наличие профессионального выгорания, для выявления которого можно применять короткий Опросник профессионального выгорания Маслач, MBI. Сочетание высокого балла по шкале «эмоциональное истощение» (>25) в сочетании с высоким баллом по шкале «деперсонализация» (>11) или с низким баллом по шкале «редукция профессионализма» (<30) соответствует критериям синдрома профессионального выгорания [17].

Если же в результате опроса выявлено, что в анамнезе пациента отсутствует поддерживающий астению фактор (например, нарушение режима сна и бодрствования); в случае наличия предполагаемого причинного фактора (например, перенесенного заболевания или операции) – с момента завершения его действия прошло более 6 месяцев; продолжительность рабочего времени значительно меньше значений, характерных для профессиональной перегрузки; и по опроснику Маслач не было получено данных за эмоциональное перенапряжение, связанное с профессиональной деятельностью – то следует отвергнуть предположение о реактивном варианте астенического синдрома, и перейти к рассмотрению оставшихся двух форм.

Вторичные варианты астении и СХУ

К категории вторичного относят варианты астенического синдрома, возникающие на фоне различных соматических и психических заболеваний. К категории первичного – СХУ, привлекающий в последнее время повышенное внимание исследователей и клиницистов по всему миру.

Как отмечено в Консенсусе по диагностике, обеспечению медицинской помощи и уходу за пациентами с МЭ/СХУ Европейской группы экспертов по МЭ/СХУ (EUROMENE, 2021), перечень заболеваний и состояний, при которых астения является одним из основных клинических синдромов, чрезвычайно обширен, что может затруднять дифференциальную диагностику СХУ (табл. 2) [14].

Таблица 2

Перечень заболеваний и состояний, сопровождающихся вторичной астенией

Table 2

List of diseases and conditions accompanied by secondary asthenia

Эндокринные заболевания	Ревматологические заболевания	Неврологические заболевания
Первичная надпочечниковая недостаточность, гиперкортицизм, гипертиреоз или гипотиреоз, сахарный диабет, гиперпаратиреоз	Системная красная волчанка, ревматоидный артрит, псориатический артрит, полимиозит, ревматическая полимиалгия, синдром Шегрена	Рассеянный склероз, миастения, другие неврологические аутоиммунные заболевания, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, другие нейродегенеративные заболевания, дефицит витамина В12, истечение спинномозговой жидкости, мальформация Киари, последствия черепно-мозговой травмы (посткоммоционный синдром), последствия перенесенного инсульта, стеноз позвоночного канала, краниоцервикальная нестабильность, судороги
Инфекционные болезни	Нарушения сна	Первичные расстройства психики
ВИЧ, клещевой боррелиоз и другие переносимые клещами болезни, гепатиты В и С, туберкулез, лямблиоз, лихорадка Западного Нила, Ку-лихорадка, кокцидиодомикоз, сифилис, инфекция, вызванная парвовирусом В19, другие хронические инфекционные заболевания	Синдром обструктивного апноэ сна, нарколепсия	Шизофрения, большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, анорексия, булимия, аутизм
Желудочно-кишечные заболевания	Сердечно-сосудистые заболевания	Гематологические заболевания
Целиакия, воспалительные заболевания кишечника	Ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатии, легочная гипертензия, клапанная болезнь сердца, нарушения ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность	Анемия тяжелой степени (в т. ч. железодефицитная), гемохроматоз, дефицит витамина В12
Заболевания, связанные с воздействием токсичных веществ	Заболевания дыхательной системы	Прочее
Злоупотребление психоактивными веществами, в т. ч. алкоголем, воздействие тяжелых металлов (например, свинец, ртуть), плесени микотоксины, побочные эффекты применения лекарственных препаратов, синдром войны в Заливе	Хроническая обструктивная болезнь легких III – IV ст. бронхиальная астма и другие заболевания легких – в случае тяжелых форм	Онкологические заболевания, синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром), ожирение с ИМТ > 40 кг/м2, синдром перетренированности, хроническая почечная недостаточность

Перечень заболеваний в таблице приводится согласно с Консенсусными рекомендациями по основам диагностики и терапии МЭ/СХУ коалиции клиницистов-экспертов по МЭ/СХУ США (US ME/CFS Clinician Coalition, 2021) [2, 14] и Консенсусом по диагностике, обеспечению медицинской помощи и уходу за пациентами с МЭ/СХУ Европейской группы экспертов по МЭ/СХУ (EUROMENE, 2021). Наличие данных заболеваний может являться критерием исключения при диагностике СХУ, однако если заболевание не позволяет полностью объяснить симптомы пациента, рекомендации указывают, что оно может рассматриваться как коморбидное с СХУ.

Предлагается ступенчатый подход к дифференциальной диагностике СХУ [14].

Как указывает О. В. Воробьева (2022) в главе Национального руководства по неврологии, посвященной СХУ, клиническая оценка пациентов с ведущей жалобой на хроническую усталость должна включать следующие мероприятия:

Детализация истории болезни, включая применяемые пациентом лекарственные средства, которые могут быть причиной утомляемости и слабости.

Тщательное обследование соматического и неврологического статуса. — Скрининговое исследование когнитивного и психического статуса.

Проведение совокупности скрининговых лабораторных тестов [13].

При тяжелом течении заболевания с целью установления группы инвалидности, определения сте-

пени утраты профессиональной трудоспособности, в зарубежных консенсусных рекомендациях также указано на проведение нейропсихологического тестирования и кардиопульмонального нагрузочного теста как методов исследования, которые позволяют объективно подтвердить когнитивные нарушения и неспособность переносить повторяющуюся физическую активность. Однако эти исследования подразумевают нагрузки, которые могут спровоцировать тяжелый и длительный эпизод постнагрузочного истощения, поэтому их рутинное применение у всех пациентов не рекомендуется [2].

Помимо заболеваний, с которыми проводится дифференциальный диагноз, выделяются ряд заболеваний и состояний, которые часто коморбидны СХУ (табл. 3). Считается, что их наличие не может служить критерием исключения при диагностике СХУ, хотя их выявление имеет важное значение при подборе терапии, т. к. одним из принципов лечения СХУ является максимальный контроль над коморбидной патологией, т. к. она ассоциирована со значительным снижением качества жизни таких пациентов. В опубликованных в 2021 г. рекомендациях [2, 14] подробно не рассматривается вопрос диагностики коморбидных состояний, однако отдельно выделяются способы объективного подтверждения ортостатической непереносимости (синдром постуральной ортостатической тахикардии и синдром ортостатической гипотензии), — с этой целью рекомендуется проводить 10-минутную ортостатическую пробу или тилт-тест.

Таблица 3

Возможные коморбидные СХУ заболевания и состояния

Table 3

Possible comorbid diseases and conditions of ARS

Ревматологические	Гастроэнтерологические
Фибромиалгия, миофасциальный болевой синдром, синдром Элерса-Данлоса, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	Синдром раздраженного кишечника, синдром избыточного бактериального роста
Сомнологические	Аллергологические
Синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей	Атопические заболевания, пищевая непереносимость, множественные аллергические реакции, синдром активации тучных клеток, эозинофильный эзофагит
Вегетативные	Прочие неврологические
Синдром постуральной ортостатической тахикардии, ортостатическая гипотензия	Нейропатия малых волокон, мигрень, полинейропатия неясной этиологии
Урологические	Гинекологические
Интерстициальный цистит, гиперактивный мочевого пузыря	Хроническая тазовая боль, эндометриоз, предменструальный синдром, вульводиния
Психиатрические	Метаболические/эндокринологические
Вторичные (нозогенные) тревожность и депрессия	Метаболический синдром, недостаточность витамина Д, ожирение I – II ст., тиреоидит Хашимото (у пациентов в эутиреоидном состоянии)

Критерии диагностики СХУ

Начиная с 1988 г. было предложено несколько наборов диагностических критериев СХУ как для проведения научных исследований, так и для применения в клинической практике. Единственными переведенными на русский язык, и, соответственно, знакомыми русскоязычным клиницистам, являются критерии, разработанные Центром по контролю и профилактике заболеваний США (Center for Disease Control and Prevention, CDC) в 1994 г., известные как критерии Фукуды (Fukuda criteria) [18, 19]. В то же время, опубликованные

за последние 5 лет в США и Европе консенсусные документы и клинические рекомендации по диагностике и терапии СХУ указывают на ряд недостатков критериев 1994 г. и советуют применять для клинической практики Критерии канадского консенсуса (Canadian Consensus Criteria, CCC, 2003 г.) [20] и Критерии Института медицины/Национальной академии медицины США (Institute of Medicine/National Academy of Medicine, IOM/NAM, 2015 г. [21]) [2, 14, 22]. Последние отличаются наибольшей простотой и рекомендуется для использования врачами первичного звена (табл. 4).

Таблица 4

Диагностические критерии миалгического энцефаломиелита/синдрома хронической усталости (МЭ/СХУ) Института медицины/Национальной академии медицины США 2015 г.[21] с уточнениями согласно Клиническим рекомендациям Великобритании по МЭ/СХУ (NICE, 2021 г.) [22]

Table 4

Diagnostic criteria for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) Institute of Medicine/US National Academy of Medicine 2015 [21] with refinements, according to the UK Clinical Guidelines for ME/CFS (NICE, 2021) [22]

Обязательные симптомы:
1. Значительное снижение способности заниматься профессиональной, учебной, социальной деятельностью или личными делами на том уровне, который был до болезни, сохраняющееся не менее 6 месяцев* и сопровождающееся усталостью. Усталость часто бывает очень выраженной, имеет определенное начало (не отмечалась на протяжении всей жизни пациента), существенно не облегчается после отдыха и не является результатом постоянных чрезмерных нагрузок.
2. Постнагрузочное истощение (усиление выраженности симптомов, которое может возникнуть в результате минимальной или ранее хорошо переносимой когнитивной, физической, эмоциональной или социальной активности; усиление выраженности симптомов обычно отмечается через 12 – 48 часов после активности и сохраняется в течение нескольких дней или даже недель)**.
3. Неосвежающий сон (даже после полноценного ночного сна пациент не чувствует себя отдохнувшим; он сообщает о пробуждении с ощущением усталости, «как будто вовсе не спал», вне зависимости от продолжительности сна)**.
Также необходимо наличие хотя бы одного из двух проявлений***:
1. Когнитивные нарушения (иногда обозначаются как «мозговой туман»; могут включать проблемы с подбором слов, трудности с речью, замедленную реакцию, проблемы с кратковременной памятью, а также затруднения при концентрации внимания или многозадачности)**.
2. Ортостатическая непереносимость (клиническое состояние, при котором такие симптомы, как головокружение, пре/синкопальные состояния, нарушение концентрации внимания, головная боль, потемнение перед глазами или нечеткость зрения, сердцебиение, дрожь, боль в грудной клетке, возникают или усиливаются при вставании и уменьшаются (хотя и не обязательно проходят) в положении сидя или лежа. Ортостатическая непереносимость может проявляться в форме синдрома постуральной ортостатической тахикардии (СПОТ), при котором происходит увеличение частоты сердечных сокращений на ≥ 30 уд/мин при переходе из положения лежа в положение стоя, и в форме постуральной гипотензии, при которой происходит снижение давления (систолического ≥ 20 мм рт. ст. или диастолического ≥ 10 мм рт. ст.) при переходе из положения лежа в положение стоя. Люди с тяжелой ортостатической непереносимостью из-за возникновения симптомов не могут находиться даже в положении сидя.
Примечания: * Клинические рекомендации Великобритании по МЭ/СХУ предлагают сократить изначально предложенный 6-месячный срок присутствия симптомов до 3 месяцев, т. к. это обеспечит для пациентов более раннее начало лечения и потенциально приведет к повышению его эффективности. ** Необходимо оценить частоту и тяжесть симптомов. Диагноз МЭ/СХУ должен быть поставлен под сомнение, если у пациента указанные симптомы не проявляются на протяжении большей части времени по крайней мере с умеренной степенью выраженности. *** Клинические рекомендации Великобритании по МЭ/СХУ предлагают указать «когнитивные нарушения» как четвертый обязательный критерий, подчеркивая, что данный симптом включен практически со все предложенные когда-либо наборы диагностических критериев СХУ.

Общим для разных консенсусных документов и клинических рекомендаций по СХУ является указание на постнагрузочное истощение как на ключевой симптом заболевания, позволяющий

дифференцировать пациентов с СХУ как от здоровых лиц, так и от пациентов с другими заболеваниями, для которых характерен астенический синдром [23, 24].

Заключение

Представляется важным ознакомление практикующих врачей с подходом к дифференциальной диагностике астенического синдрома. Ограниченные знания клиницистов о СХУ, в том числе среди врачей первичного звена, которые обеспечивают первый контакт населения с системой здравоохранения, приводят к тому, что заболевание часто остается недиагностированным, и пациент не получает медицинской помощи в течение длительного периода времени [14]. В ожидании диагноза больные часто сталкиваются с трудностями при получении социальной помощи, их страдания и потребности не полностью осознаются не только медицинскими работниками, но также членами семьи, работодателями или педагогами (в случае детей и подростков) [2]. С другой стороны, в некоторых случаях пациенты подвергаются избыточному обследованию с применением различных лабораторных и инструментальных методов исследования, что сопряжено с неизбежными рисками и ненужными затратами для отдельных лиц и общества. Диагностика СХУ в связи с отсутствием биомаркеров основана на клинических данных — подробном сборе анамнеза и физикальном осмотре компетентным врачом. Необходимость своевременной диагностики СХУ подтверждают следующие данные: почти у всех больных СХУ развивается социальная дезадаптация. Около трети пациентов не могут работать и еще треть предпочитают частичную профессиональную занятость [13].

В настоящее время для диагностики СХУ на уровне первичного звена рекомендуется [4] применение диагностических критериев Института медицины/Национальной академии медицины США 2015 г. с уточнениями согласно Клиническим рекомендациям Великобритании по МЭ/СХУ (NICE, 2021 г). Указанные критерии одновременно обладают при диагностике СХУ большей специфичностью, чем критерии Фукуда (1994) (позволяя исключить пациентов, не имеющих ключевого симптома СХУ — постнагрузочного истощения) [21, 22] и большей чувствительностью, чем критерии Канадского консенсуса (2003) (выявляя больше пациентов с легкой/умеренной степенью тяжести заболевания) [14, 25]. Критерии 2015 г. проще в применении в условиях клинической практики — они короче предложенных ранее вариантов, а также интуитивно понятны даже специалистам, не имеющим опыта работы с пациентами, страдающими СХУ.

Описанная в данной статье этапность обследования позволит повысить точность диагностики при наличии у пациента жалоб на хроническую усталость.

Благодарности

Работа поддержана грантом Правительства РФ для государственной поддержки исследований, проводимых под руководством ведущих ученых, соглашение № 075-15-2022-1110 от 30.06.2022.

Acknowledgments

This research was funded by the grant of the RF Government No. 075-15-2022-1110 dated 30 June 2022.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Список источников

1. Цыган В. Н., Новик А. А., Дулатова Н. Х. и др. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции. СПб : Изд-во ВМА, 2001. 104 с.
2. Bateman L., Basted A. C., Bonilla H. F. et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Essentials of Diagnosis and Management // Mayo Clin Proc. 2021. Vol. 96, no. 11. P. 2861–2878. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.07.004.
3. Komaroff A. L. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a real illness // Ann Intern Med. 2015. Vol. 162, no. 12. P. 871–2.
4. Чутко Л. С., Путилина М. В. Синдром хронической усталости. Астенические расстройства. М : МЕДпресс-информ, 2023. С. 62–76.
5. Павлов А. Д. Проблема утомления, стресса и хронической усталости. Стресс и болезни адаптации. М. : Практическая медицина, 2012. С. 213–221.
6. Lim E. J., Ahn Y. C., Jang E. S. et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) // J Transl Med. 2020. Vol. 18. P. 100. DOI: 10.1186/s12967-020-02269-0.
7. Kedor C., Freitag H., Meyer-Arndt L. et al. A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity // Nat Commun. 2022. Vol. 13. P. 5104. DOI: 10.1038/s41467-022-32507-6.
8. AlMuhaissen S., Abu Libdeh A., ElKhatib Y. et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) and COVID-19: is there a connection? // Curr Med Res Opin. 2023. Vol. 39. P. 1119–26. DOI: 10.1080/03007995.2023.2242244.
9. Jason L. A., Dorri J. A. ME/CFS and Post-Exertional Malaise among Patients with Long COVID // Neurol Int. 2022. Vol. 15. P. 1–11. DOI: 10.3390/neurolint15010001.
10. Ryabkova V. A., Rubinskiy A. V., Marchenko V. N. et al. Similar Patterns of Dysautonomia in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue and Post-COVID-19 Syndromes // Pathophysiology. 2024. Vol. 31, no. 1. P. 1–17. DOI: 10.3390/pathophysiology31010001.
11. Bakken I. J., Tveito K., Gunnes N. et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012 // BMC Med. 2014. Vol. 12. P. 167. DOI: 10.1186/s12916-014-0167-5.
12. Цыган В. Н., Богданов А. Н., Дулатова Н. Х. и др. Синдром хронической усталости: диагностика и лечение / под ред. Ю. В. Лобзина. СПб. : СпецЛИТ, 2005. 80 с.
13. Воробьева О. В. Синдром хронической усталости / интолерантности к нагрузке. Неврология. Национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Т. 1. С. 277–283.
14. Nacul L., Authier F. J., Scheibenbogen C. et al. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EU-ROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe // Medicina (Kaunas). 2021. Vol. 57, no. 5. P. 510. DOI: 10.3390/medicina57050510.

15. Дюкова Г. М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии. Эффективная фармакотерапия // Неврология и психиатрия. 2012. Т. 1. С. 16–22.
16. Fadel M., Li J., Sembajwe G. Long Working Hours and Health Effects // Handbook of Life Course Occupational Health. Handbook Series in Occupational Health Sciences / M. Wahrendorf, T. Chandola, A. Descatha, eds. Springer, Cham, 2023. DOI: 10.1007/978-3-031-30492-7_12. DOI: 10.1007/978-3-031-30492-7_12.
17. Dyrbye L. N., West C. P., Shanafelt T. D. Defining burnout as a dichotomous variable // J Gen Intern Med. 2009. Vol. 24, no. 3. P. 440–441. DOI: 10.1007/s11606-008-0876-6.
18. Fukuda K., Straus S., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group // Ann Intern Med. 1994. Vol. 121. P. 953–959. DOI: 10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009.
19. Воробьева Ю. Д., Данилов А. Б. Синдром хронической усталости: современные аспекты диагностики и лечения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021. Vol. 121, no. 4. P. 113–120.
20. Carruthers B., Jain A. K., de Meirleir K. L. et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. P. Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols // J. Chronic Fatigue Syndr. 2003. Vol. 11. P. 7–115. DOI: 10.1300/J092v11n01_02.
21. Institute of Medicine (IOM) Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. The National Academies Press; Washington, DC, USA: 2015.
22. National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE guideline [NG206]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206> (accessed 12.05.2024).
23. Brown A., Jason L. A. Meta-analysis investigating post-exertional malaise between patients and controls // J Health Psychol. 2020. Vol. 25, no. 13–14. P. 2053–2071. DOI: 10.1177/1359105318784161.
24. Cotler J., Holtzman C., Dudun C., Jason L. A. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise // Diagnostics (Basel). 2018. Vol. 8, no. 3. P. 66. DOI: 10.3390/diagnostics8030066.
25. Jason L. A., Sunnquist M., Brown A. et al. Chronic Fatigue Syndrome versus Systemic Exertion Intolerance Disease // Fatigue. 2015. Vol. 3, no. 3. P. 127–141. DOI: 10.1080/21641846.2015.1051291.
8. AlMuhaissen S., Abu Libdeh A., ElKhatib Y. et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) and COVID-19: is there a connection? *Curr Med Res Opin.* 2023;39:1119–26. DOI: 10.1080/03007995.2023.2242244.
9. Jason L. A., Dorri J. A. ME/CFS and Post-Exertional Malaise among Patients with Long COVID. *Neurol Int.* 2022;15:1–11. DOI: 10.3390/neurolint15010001.
10. Ryabkova V. A., Rubinskiy A. V., Marchenko V. N. et al. Similar Patterns of Dysautonomia in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue and Post-COVID-19 Syndromes. *Pathophysiology.* 2024;31(1):1–17. DOI: 10.3390/pathophysiology31010001.
11. Bakken I. J., Tveito K., Gunnes N. et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008–2012. *BMC Med.* 2014;12:167. DOI: 10.1186/s12916-014-0167-5.
12. Tsygan V. N., Bogdanov A. N., Dulatova N. H. et al. Chronic fatigue syndrome: diagnosis and treatment / Y. V. Lobzin, eds. SPb., SpetsLIT, 2005:80. (In Russ.).
13. Vorobyeva O. V. Chronic fatigue syndrome / load intolerance. Neurology. National Manual / E. I. Gusev, A. N. Kononov, V. I. Skvortsova, eds. Moscow, GEOTAR-Media, 2022;1:277–283. (In Russ.).
14. Nacul L., Authier F. J., Scheibenbogen C. et al. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(5):510. DOI: 10.3390/medicina57050510.
15. Dyukova G. M. Asthenic syndrome: problems of diagnosis and therapy. Effective pharmacotherapy. *Neurology and psychiatry.* 2012;1:16–22.
16. Fadel M., Li J., Sembajwe G. Long Working Hours and Health Effects. Handbook of Life Course Occupational Health. Handbook Series in Occupational Health Sciences / M. Wahrendorf, T. Chandola, A. Descatha, eds. Springer, Cham, 2023. DOI: 10.1007/978-3-031-30492-7_12. DOI: 10.1007/978-3-031-30492-7_12.
17. Dyrbye L. N., West C. P., Shanafelt T. D. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med.* 2009;24(3):440–441. DOI: 10.1007/s11606-008-0876-6.
18. Fukuda K., Straus S., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med.* 1994;121:953–959. DOI: 10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009.
19. Vorobyeva Yu. D., Danilov A. B. Chronic fatigue syndrome: modern aspects of diagnosis and treatment. *S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2021;121(4):113–120.
20. Carruthers B., Jain A. K., de Meirleir K. L. et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *J. Chronic Fatigue Syndr.* 2003;11:7–115. DOI: 10.1300/J092v11n01_02.
21. Institute of Medicine (IOM) Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness. *The National Academies Press*; Washington, DC, USA: 2015.
22. National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE guideline [NG206]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206> (accessed 12.05.2024).
23. Brown A., Jason L. A. Meta-analysis investigating post-exertional malaise between patients and controls. *J Health Psychol.* 2020;25(13–14):2053–2071. DOI: 10.1177/1359105318784161.
24. Cotler J., Holtzman C., Dudun C., Jason L. A. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. *Diagnostics (Basel).* 2018;8(3):66. DOI: 10.3390/diagnostics8030066.
25. Jason L. A., Sunnquist M., Brown A. et al. Chronic Fatigue Syndrome versus Systemic Exertion Intolerance Disease. *Fatigue.* 2015;3(3):127–141. DOI: 10.1080/21641846.2015.1051291.

References

1. Novik A. A., Tsygan V. N., Dulatova N. Kh. et al. Chronic Fatigue Syndrome and Immune Dysfunction. St. Petersburg, *VMA Publ.*, 2001. 104 p. (In Russ.).
2. Bateman L., Bested A. C., Bonilla H. F. et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Essentials of Diagnosis and Management. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(11):2861–2878. DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.07.004.
3. Komaroff A. L. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a real illness. *Ann Intern Med.* 2015;162(12):871–2.
4. Chutko L. S., Putilina M. V. Chronic fatigue syndrome. Asthenic disorders. Moscow: MEDpress-Inform, 2023:62–76. (In Russ.).
5. Pavlov A. D. The problem of fatigue, stress and chronic fatigue. Stress and diseases of adaptation. Moscow, *Practical Medicine*, 2012:213–221. (In Russ.).
6. Lim E. J., Ahn Y. C., Jang E. S. et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *J Transl Med.* 2020;18:100. DOI: 10.1186/s12967-020-02269-0.
7. Kedor C., Freitag H., Meyer-Armdt L. et al. A prospective observational study of post-COVID-19 chronic fatigue syndrome following the first pandemic wave in Germany and biomarkers associated with symptom severity. *Nat Commun.* 2022;13:5104. DOI: 10.1038/s41467-022-32507-6.

Информация об авторах

Рябкова Варвара Александровна, младший научный сотрудник Медицинского института, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург, Россия), врач-терапевт клиники госпитальной терапии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), varvara-ryabkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6973-9901>; **Батагов Сергей Ярославович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени ак. М. В. Черноруцкого с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, (Санкт-Петербург, Россия), sbatagov@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3935-2838>; **Марченко Валерий Николаевич**, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Республики Северная Осетия-Алания, профессор кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени ак. М. В. Черноруцкого с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, (Санкт-Петербург, Россия), marchvn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2440-7222>; SPIN-cod: 1711-4150; **Трофимов Василий Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени ак. М. В. Черноруцкого с клиникой Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, (Санкт-Петербург, Россия), trofvi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6430-6960>.

Information about authors

Varvara A. Ryabkova, Cand. of Sci. (Med.), General practitioner of the Department of Hospital Therapy, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), junior researcher in Medical Institute, Laboratory of the Mosaic of Autoimmunity, Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russia), varvara-ryabkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6973-9901>; **Sergey Ya. Batagov**, Dr. of Sci. (Med.), Professor Department of Hospital Therapy, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), e-mail: sbatagov@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0007-3935-2838>; **Valerii N. Marchenko**, Dr. of Sci. (Med.), Honored Doctor of the Republic of North Ossetia-Alania, Professor Department of Hospital Therapy, Pavlov University, University (Saint Petersburg, Russia), marchvn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2440-7222>; **Vasily I. Trofimov**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of M. V. Chernorutskiy Department of Hospital Therapy with clinic, Pavlov University, <https://orcid.org/0000-0002-6430-6960>.