

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

На правах рукопису

Єлісєєв Євген Євгенович

УДК:616.72:616.8-009.17]-06:

Магістерська робота

**СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ  
У ХВОРИХ З СУГЛОБОВИМ СИНДРОМОМ:  
СПІВІСНУВАННЯ ТА ВЗАЄМООБТЯЖЕННЯ**

2230.1 – науковий співробітник  
(сестринська справа, акушерство)

**Науковий керівник:**

кандидат медичних наук,  
доцент кафедри клінічної імунології, алергології  
та загального догляду за хворими  
Тернопільського національного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
Даньчак С. В.

**Тернопіль – 2021**

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури	9
1.1. Сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування синдрому хронічної втоми	9
1.2. Характеристика нозологічних, асоційованих з суглобовим синдромом, та ймовірні фактори ризику СХВ у них	27
РОЗДІЛ 2 Методи і об'єкт дослідження	33
РОЗДІЛ 3 Характеристика обстежених хворих	37
3.1. Загальна характеристика хворих	37
3.2. Діагностика синдрому хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю з суглобовою патологією	39
3.3. Аналіз опитувальника SF-36 у хворих з суглобовим синдромом	41
3.4 Аналіз відповідей опитувальника синдрому хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю з суглобовими захворюваннями.	43
РОЗДІЛ 4 Результати та їх обговорення	47
ВИСНОВКИ	49
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51

### Перелік умовних скорочень

ЛФК – лікувальна фізкультура

МЕ – міалгічний енцефаломієліт

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

МРТ – магнітно-резонансна томографія

ОА – остеоартроз

РА – ревматоїдний артрит

СХВ – синдром хронічної втоми

ЧАЕС – Чорнобильська атомна електростанція

ACR/EULAR – Американський коледж ревматології / Європейська антиревматична ліга

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

COVID-19 - coronavirus disease 2019

IgG - імуноглобулін G

ІОМ - Institute of Medicine

SF-36 – Short Form-36

## ВСТУП

Синдром хронічної втоми (СХВ) — це патологічний стан, який проявляється у вигляді хронічної втоми, що триває не менш, ніж 6 місяців та призводить до фізичних та когнітивних труднощів.

Власне останні сто років людської цивілізації ознаменувались значним прогресом у всіх сферах діяльності: індустріальний поступ, урбанізація, автоматизація тощо та, як наслідок, зростання швидкості ритму життя. Разом з тим перед людством особливо гостро постала проблема так званих захворювань цивілізації, серед яких особливе місце займає синдром хронічної втоми (*chronic fatigue syndrome*), що спочатку у вигляді окремих, нечисленних за кількістю пацієнтів, спалахів виникав у розвинутих країнах, а згодом став все більш розповсюдженим (Bell D.S., 1995; Scheeres E.A., 2008; Н.М. Калька, 2012 та ін.).

У 1938 році американські лікарі описали перші випадки цього захворювання, яке тоді вважали атиповим поліомієлітом. Пізніший аналіз ранніх спалахів показав, що це були випадки нового захворювання, яке в той час назвали «міалгічним енцефаломієлітом», а також «епідемічною нейроміастенією», «Ісландською хворобою». У 1956 році міалгічний енцефаломієліт вперше ідентифікували як нову клінічну нозологію, це сталося після спалаху в Королівському вільному госпіталі (Royal Free Hospital).

Тривалий час вважали вірус Епштейна-Барра ймовірним етіологічним чинником синдрому хронічної втоми, оскільки у багатьох пацієнтів з ймовірним діагнозом синдрому хронічної втоми є підвищені рівні імуноглобуліну G (IgG) до капсиду вірусу Епштейна-Барра. Проте сьогодні це твердження поставлене під сумнів новими фактами. А саме: у значної кількості пацієнтів підвищені рівні IgG до вірусу Коксаки В, герпесвірусу людини 6-го та 7-го типів, пневмокока. З інших імунологічних

розладів - у цих пацієнтів виявляють зменшення кількості природних кілерів. У більшості пацієнтів є й інші відхилення імунограми.

В умовах пандемії COVID-19 науковці виявили, що деякі з симптомів, які спостерігаються у постковідних пацієнтів відображають СХВ, а саме: виражена слабкість, біль, порушення сну, нейрокогнітивні розлади тощо. Цю інформацію опублікувала науково-навчальна платформа Medscape.

Окрім цього, чимала кількість соціально-економічних, фізичних, екологічних та соціальних факторів призводять до зростання психоемоційної напруги, виснаження, порушення функціонування організму, появи проблем у повсякденній та професійній діяльності. У зв'язку з деструктивним впливом цих факторів знижується індивідуальний поріг опору особистості, внаслідок чого зменшується рівень стресостійкості і, як результат, підвищується схильність до появи і переживання конфліктних та психотравмуючих ситуацій. Це погіршує ефективність діяльності, гальмує професійний розвиток, знижує рівень задоволення власною діяльністю та життям, що в свою чергу приводить до появи СХВ [6, 7, 15, 16].

Загалом почуття крайньої втоми знайоме більшості людей. Як правило, воно пов'язане з психічним або фізичним перенапруження і швидко проходить під час відпочинку. Подібний стан може виникнути після якогось «форс-мажору» на роботі, здачі сесії, сезонних сільсько-господарських робіт, генерального прибирання в будинку і т.п. У таких випадках людина зазвичай може визначити, коли вона відчула втому і з чим ця втома пов'язана. Однак, при синдромі хронічної втоми пацієнт не може точно сказати, коли у нього з'явилася втома. Він/вона не в змозі чітко назвати її причину і переживає через довгострокове перебування в такому стані.

За даними огляду літератури, проведеного Ukrainian Women's Magazine у 2009 році на 100 тисяч населення припадає від 75 до 260 випадків СХВ. Особливо активізується цей синдром пізньої осені та ранньою весною. Підсумки спостереження, проведені сайтом About.com / health в 4 великих містах США, були оприлюднені Американським центром контролю та

профілактики захворювань та виявили закономірності поширення недуги. Жінки страждають від неї в 2-3 рази частіше за чоловіків [12]. СХВ уражає в основному людей працездатного віку, старших за 30 років. Майже 2/3 з них - з гарною освітою та з родин високого достатку, причому в групі ризику ті, хто частіше піддається впливу стресу, пов'язаному з професійною діяльністю. Багато серед тих, хто захворів, відносяться до себе занадто вимогливо [20].

Як зазначено в останній доповіді ІОМ (2020):

- За загальною оцінкою від 836,000 до 2.5 мільйонів американців страждають від СХВ.
- Близько 90 % випадків СХВ не діагностуються вчасно.
- СХВ коштує американській економіці від \$17 до \$24 мільярдів щороку на оплату медичних послуг та втрати можливого доходу.

Хоча мова йде щоразу лише про доросле населення, групою вчених з Великої Британії під керівництвом Margaret May було проведено широке дослідження, яке охопило більше 400 тисяч школярів молодших 19 років в Англії в 2005-2008 рр. Дослідники виявили синдром хронічної втоми у 333 школярів, причому середній вік хворих складає 14,9 років з переважним ураженням жіночої статі (69,4%). В іншому дослідження встановлено, що всі фенотипи синдрому хронічної втоми не пов'язані з віком дітей і тривалістю їхньої хвороби (За матеріалами J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, Arch. Dis. Child). Подібні дослідження проведені у багатьох наукових центрах [5, 13].

**Актуальність теми.** Аналіз наукової літератури свідчить про зростання поширеності синдрому хронічної втоми серед населення планети та охоплення ним різних категорій суспільства, а особливо – осіб працездатного віку. Однак, уваги на сьогодні потребують люди, що мають додаткові фактори зниження резистентності (наприклад: хронічне захворювання). Багато пацієнтів ревматологічного профілю попри наявність функціональної недостатності суглобів протягом років намагаються зберегти працездатність, активний спосіб життя, навички самообслуговування та

соціальну адаптацію. В таких непростих обставинах особливої актуальності набуває вивчення поширеності синдрому хронічної втоми серед пацієнтів з суглобовим синдромом (ревматоїдним артритом, остеоартрозом), а також пошук шляхів допомоги вказаній категорії хворих.

**Об'єкт дослідження:** пацієнти ревматологічного відділення Тернопільської університетської лікарні, які хворіють на ревматоїдний артрит та остеоартроз.

**Предмет дослідження:** синдром хронічної втоми у хворих з суглобовим синдромом, спричиненим ревматоїдним артритом чи остеоартрозом.

**Мета дослідження** – дослідити розповсюдженість та особливості синдрому хронічної втоми у хворих з суглобовим синдромом, спричиненим ревматоїдним артритом чи остеоартрозом.

**Завдання дослідження:**

1. дослідити розповсюдженість СХВ у пацієнтів з суглобовим синдромом різного походження (РА та ОА) та встановити ймовірний взаємозв'язок з соматичною патологією;
2. дослідити вікові та інші особливості у групах пацієнтів з/без встановленого СХВ;
3. проаналізувати результати SF-36 у хворих з суглобовим синдромом з/без СХВ;
4. на основі проведеного аналізу встановити ймовірні прогностичні фактори розвитку СХВ;
5. розробити практичні рекомендації / поради пацієнтам з суглобовим синдромом зменшення ризиків виникнення СХВ з урахуванням участі середнього медичного персоналу в цьому процесі.

**Методи дослідження:** проведення огляду наукової літератури з даної проблеми; аналіз та узагальнення науково-методичної бази міжнародних організацій та національних інституцій; аналіз медичної документації учасників дослідження, соціологічні дослідження відповідно до

FIBROMYALGIA / CHRONIC FATIGUE SYNDROME QUESTIONNAIRE, а також традиційного опитувальника якості життя SF-36; статистичний аналіз отриманих результатів.

**Наукова новизна.** Автор дослідив поширеність СХВ серед пацієнтів з суглобовим синдромом, викликаним ревматоїдним артритом чи остеоартрозом, проаналізував вплив соціальних, особистісних та інших факторів на його розвиток, окреслив шляхи запобігання виникненню СХВ за участю медичної сестри у цьому процесі.

**Практичне значення одержаних результатів.** Виконане дослідження виявило додаткові ризики дезадаптації пацієнтів з суглобовим синдромом у вигляді СХВ та дозволило зробити практичні висновки щодо цієї проблеми у хворих вказаного профілю, визначити роль середнього медичного персоналу у цьому процесі.

**Апробація результатів роботи.** Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на попередньому обговоренні отриманих даних на кафедрі клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими.

**Публікації.** Матеріали магістерської роботи подані до публікації в науковому журналі «Медсестринство».

**Обсяг та структура магістерської роботи.** Магістерська робота викладена на 55 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної літератури. Робота містить 8 таблиць і 4 рисунки.



## РОЗДІЛ 1

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

#### 1.1 Сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування синдрому хронічної втоми

Синдром хронічної втоми — це патологічний стан, який проявляється у вигляді хронічної втоми, що триває не менш, ніж 6 місяців та призводить до фізичних та когнітивних труднощів.

Хоча вважають, що цей синдром не має чіткої причини, але спостерігають його розвиток досить часто при вірусних інфекціях (а саме – за умови інфікування герпесвірусами 6-го і 7-го типів). Не виключають також у розвитку цього синдрому роль інших герпесвірусів, деяких ентеровірусів, пневмококів тощо. Відносно часто спостерігають цей симптомокомплекс у клінічному перебігу й інших захворювань — фіброміалгії, астенії, депресії, неврозах тощо. Також вважається, що взаємодія таких факторів, як послаблена та уражена імунна система, віруси, ендокринні (гормональні) порушення, токсини, низький тиск, брак вітамінів та мікроелементів, часті стреси, безсоння, генетичні особливості організму можуть сприяти виникненню хронічної втоми [42, 47].

Та й власне останні сто років людської цивілізації ознаменувались значним прогресом у всіх сферах діяльності: індустріальний поступ, урбанізація, автоматизація тощо та, як наслідок, зростання швидкості ритму життя. Разом з тим перед людством особливо гостро постала проблема так званих захворювань цивілізації, серед яких особливе місце займає синдром хронічної втоми (*chronic fatigue syndrome*), що спочатку у вигляді окремих, нечисленних за кількістю пацієнтів, спалахів виникав у розвинутих країнах, а

згодом став все більш розповсюдженим (Bell D.S., 1995; Scheeres E.A., 2008; Н.М. Калька, 2012 та ін.).

У 1938 році американські лікарі описали перші випадки цього захворювання, яке тоді вважали атиповим поліомієлітом. Ось бібліографічні дані цієї історичної, без перебільшення, публікації:

***Gilliam, A.G. Epidemiological Study on an Epidemic, Diagnosed as Poliomyelitis, Occurring among the Personnel of Los Angeles County General Hospital during the Summer of 1934; Public Health Bulletin 240; United States Treasury Department Public Health Service: Washington, DC, USA, 1938; pp. 1–90.***

Пізніший аналіз ранніх спалахів показав, що це були випадки нового захворювання, яке в той час назвали «міалгічним енцефаломієлітом», а також «епідемічною нейроміастенією», «Ісландською хворобою» [45]. У 1956 році міалгічний енцефаломієліт вперше ідентифікували як нову клінічну нозологію, це сталося після спалаху в Королівському вільному госпіталі (Royal Free Hospital) [38].

Це захворювання у 1988 році американські дослідники назвали «синдромом хронічної втоми, який спричинює вірус Епштейна-Барра» [41]. Під час епідемії цього ураження, яку зафіксували взимку 1985 року в США у курортному містечку Інклاین-Віллідж, до лікарів звернулась велика кількість пацієнтів зі скаргами на хронічну втому та безсилля, малоенергійність, пригнічений настрій аж до рівня депресії, немотивований біль у суглобах та м'язах.

Раніше британські лікарі використовували термін «міалгічний енцефаломієліт» (ME), але після введення в 1988 році терміну СХВ в наукових дослідженнях і масовій культурі він практично витіснив ME з ужитку. Означення СХВ багато разів піддавали ревізії. В 1994 році група дослідників CDC сформулювали класичне і найбільш уживане означення

СХВ. Головною проблемою цього означення було те, що воно не призначалось для клінічної діагностики, а покликане було сприяти стандартизації наукових досліджень. 2003 року дослідники сформулювали канадські критерії для діагностики МЕ/СХВ [44], які, на їхню думку, оптимізують традиційні критерії СХВ та адаптують їх до реальної клінічної практики. Проте усі відомі критерії СХВ мають певні недоліки. Зокрема, МЕ в МКХ-10 класифікують як неврологічне захворювання, в той же час під критерії СХВ потрапляє гетерогенна група пацієнтів з хронічною втомою, яку породжують інші причини. Для розв'язання цієї проблеми Інститут медицини США запропонував відмовитися від термінів МЕ та СХВ, для позначення цієї патології, та використовувати термін «Системне захворювання непереносимості навантажень» (англ. *Systemic Exertion Intolerance Disease (SEID)*), з використанням відповідних діагностичних критеріїв. Проте аналіз наукової літератури виявив, що до тепер широко використовується попередній термін – СХВ, хоча термін «Системне захворювання непереносимості навантажень» здається точнішим відображенням реальної ситуації пацієнтів з даним розладом.

Лабораторні дослідження дали змогу виявити у хворих ознаки ураження герпесвірусом людини 7-го типу, рідше — іншими вірусами. Також відомо, що синдром розвивається в перебігу інших хвороб з неуточненою або невиявленою етіологією.

Тривалий час вважали вірус Епштейна-Барра ймовірним етіологічним чинником синдрому хронічної втоми, оскільки у багатьох пацієнтів з ймовірним діагнозом синдрому хронічної втоми має місце підвищення концентрації імуноглобуліну G (IgG) до капсиду вірусу Епштейна-Барра. Проте сьогодні це твердження поставлене під сумнів новими фактами. А саме: у значній кількості пацієнтів підвищена кількість IgG до вірусу Коксаки В, герпесвірусу людини 6-го та 7-го типів, пневмокока. З інших імунологічних розладів - у цих пацієнтів виявляють зменшення кількості природних кілерів. У більшості пацієнтів є й інші відхилення імунограми.

В умовах пандемії COVID-19 науковці виявили, що деякі з симптомів, які спостерігаються у постковідних пацієнтів відображають СХВ, а саме: виражена слабкість, біль, порушення сну, нейрокогнітивні розлади тощо. Цю інформацію опублікувала науково-навчальна платформа Medscape.

Серйозні обговорення тривають навколо теорії виникнення СХВ, обумовленого ендокринологічними (гормональними) розладами [39].

Дедалі частіше науковці досліджують інші можливі фактори виникнення надмірної втоми з медичної точки зору (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 Перелік можливих причин аномальної втоми

<b>Гострі чи хронічні інфекції</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• вірусні</li> <li>• бактеріальні</li> <li>• паразитарні</li> <li>• зоонози</li> </ul>
<b>Розлади настрою</b>
<b>Порушення сну, включаючи апное</b>
<b>Онкологічні захворювання</b>
<b>Кардіо-васкулярні розлади/хвороби</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• агранулоцитоз</li> <li>• анемія</li> <li>• серцева недостатність</li> <li>• вроджені вади серця</li> <li>• хронічне легеневе серце</li> <li>• ендокардит</li> <li>• лейкемія</li> <li>• мітральний стеноз</li> <li>• міокардит</li> <li>• таласемія</li> </ul>
<b>Метаболічні розлади/хвороби</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• авітаміноз</li> <li>• цукровий діабет</li> <li>• електролітні порушення</li> <li>• гіперпаратиреоїдизм</li> <li>• гіпотиреоз</li> <li>• тиреотоксикоз</li> <li>• еутиреоїдний синдром</li> <li>• менопауза</li> <li>• метаболічні розлади</li> <li>• фенілкетонурія</li> <li>• синдром Fanconi</li> <li>• муковісцидоз</li> </ul>
<b>Ендокринні розлади/стани</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• акромегалія</li> <li>• Адісонова хвороба</li> <li>• гіпопітуїтаризм</li> </ul>

<b>Системні захворювання сполучної тканини</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ревматоїдний артрит</li> <li>• СЧВ</li> <li>• ССД</li> </ul>
<b>Хронічні алергічні реакції</b>
<b>Отруєння важкими металами (наприклад: свинець, ртуть, миш'як)</b>
<b>Інші</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• СХВ</li> <li>• синдром Кушінга</li> <li>• мієлодиспластичний синдром</li> <li>• хвороба «будівельників»</li> <li>• постполіомієлітний синдром</li> <li>• висковий артеріт</li> <li>• НВК</li> <li>• синдром мальабсорбції</li> <li>• лімфома Ходжкіна</li> <li>• церебро-васкулярні розлади</li> <li>• травма голови</li> <li>• розсіяний склероз</li> <li>• Myasthenia gravis</li> <li>• мієлофіброз</li> <li>• остеомаліяція та рахіт</li> <li>• Хвороба Паркінсона</li> <li>• поліцитемія</li> <li>• полінейропатія</li> <li>• ревматична лихоманка</li> <li>• цироз та уремія</li> </ul>

Джерело: Journal of Chronic Fatigue Syndrome. Volum 11, Number 1 - 2003

Поза ймовірними медичними причинами СХВ – інші потенційні фактори невідомі, однак існує багато торій, які ведуть дискусії від рутинних життєвих обставин до психологічного стресу. Одночасно деякі експерти упевнені, що проблема запускається багатьма факторами [30].

Наступні фактори можуть мати вплив на розвиток СХВ:

- Вік (частіше 30-50 років)
- Попередні захворювання
- Стрес
- Генетичні фактори
- Фактори навколишнього середовища

[24, 25, 26, 27, 28].

Ураженими СХВ, за даними літературних джерел, можуть бути різні категорії населення, проте переважно – дорослі, жінки, соціально активного віку.

Поряд з цим з'являються повідомлення про вплив конкретних зовнішніх та внутрішніх факторів, а саме: у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, опромінених у малих дозах (до 0,3-0,5 Гр), діагностовано вегето-судинну чи нейро-циркуляторну дистонію в поєднанні з астено-невротичним синдромом, неясну енцефалопатію, що відповідає критеріям СХВ [2].

Враховуючи надзвичайну різноманітність симптомів та безліч теорій щодо виникнення СХВ, а також те, що жодна модель не пояснює повністю патогенезу СХВ, протягом останніх років було зроблено багато спроб класифікувати усі можливі етіологічні чинники (Н.М. Калька, 2012):

***I – порушення сну.*** Взагалі сон є природнім джерелом відновлення сил в організмі людини. Під час сну нервові процеси відновлюються і впорядковуються. Відповідно, якщо для людини звичним стає недосипання, короткотривалий сон, важкі сновидіння, то психіка «не відпочиває», і очевидно, людині складніше протистояти впливу різних факторів соціального середовища.

***II – гормональні зміни.*** Оскільки гормони забезпечують і регулюють нормальну діяльність організму людини, то збої в їх метаболізмі впливають на загальний тонус організму і працездатність людини.

***III – хронічні захворювання.*** Будь-яка хронічна хвороба є джерелом неблагополуччя в організмі людини, порушує його нормальне функціонування. Вона створює ситуацію постійної витрати резервів і відповідно виснажує. Особливо в період загострення хронічних захворювань людині стає складно виконувати роботу навіть з мінімальними навантаженнями.

***IV – нераціональне харчування й авітаміноз.*** Нестача в організмі вітамінів і поживних речовин може провокувати появу серйозних проблем для організму в цілому.

*V – ослаблення організму лікарськими препаратами.* Той чи інший медичний препарат може викликати побічні дії, може бути неприйнятним для лікування певного захворювання, викликати індивідуальне несприйняття, алергічні реакції, що підриває захисні сили організму людини.

*VI – шкідливі звички,* особливо тютюнопаління і вживання алкоголю [1].

Спектр клінічних порушень при СХВ досить різноманітний і визначається генетичними факторами (особливостями психічної конституції, вегетативного портрету) і причинами невротизації (такими як стрес, інтоксикація, перевтома, професійні шкідливості, соматичні захворювання і т.п.).

Зазвичай синдром хронічної втоми супроводжується супутніми патологіями і шкідливими звичками, серед них:

- нераціональне і надто калорійне харчування, що може призвести до ожиріння;
- алкоголізм у формі побутового як варіант зняття нервової і стресової напруги;
- інтенсивне куріння як засіб стимулювання працездатності;
- хронічні захворювання статевої сфери;
- вегетативно-судинна дисфункція, гіпертонічна хвороба [8, 9].

На сьогодні не існує точної діагностичної системи, окрім критеріїв CDC, за допомогою якої було б можливо чітко визначити СХВ, а тому застосовують комплексний підхід – визначають активність автономної нервової системи, гормональний та імунологічний профіль, оцінюють загальний функціональний стан організму, а також широко використовують опитувальники –тести [1].

Перші діагностичні критерії сформулював Fukuda K. et al. у 1994 році:

1. Наявність хронічної втоми більше 6 місяців або довше, за умови виключення іншого клінічного діагнозу.
2. Втома конкурує з щоденною активністю та роботою.

3. Пацієнт повинен мати одночасно 4 з 8 перерахованих симптомів:
- втома після фізичної активності, що триває більше, ніж 24 години
  - відсутність відчуття відпочинку після нічного сну
  - істотне зниження короткочасної пам'яті та уваги
  - м'язовий біль
  - поліартралгії, біль без припухлості та почервоніння
  - поява головного болю з новими характеристиками, ніж раніше
  - болючі шийні та аксілярні лімфатичні вузли
  - рецидивуючий та тривалий біль у горлі.

Сьогодні на офіційному сайті CDC розміщені ІОМ 2015 діагностичні критерії СХВ, які ми використали в нашому дослідженні:

1. **Суттєве зменшення або погіршення здатності забезпечувати активність на рівні до захворювання** (професійну, навчальну, соціальну чи персональну), яке:
  1. триває понад 6 місяців
  2. та поєднується із слабкістю, яка:
    1. значна
    2. вперше виникла
    3. не є результатом постійних або незвично надмірних фізичних навантажень
    4. істотно не покращується після відпочинку
2. **Посилення втоми після навантаження** – погіршення симптомів після фізичних, розумових чи емоційних навантажень, які не викликали б проблем до хвороби. Фізична активність часто викликає у пацієнта рецидив, який може тривати дні, тижні або навіть довше. У деяких пацієнтів сенсорні перевантаження (світло і звук) можуть викликати посилення втоми. Симптоми, як правило, погіршуються через 12 - 48 годин після активності або впливу і можуть тривати кілька днів або навіть тижнів.
3. **Неосвіжаючий сон** – пацієнти з СХВ можуть не відчувати себе краще або менш втомленими навіть після достатнього нічного сну, незважаючи на відсутність конкретних об'єктивних змін сну.

Щонайменше один з **додаткових проявів** повинен бути присутній:

1. **Когнітивні порушення** - пацієнти мають проблеми з мисленням, пам'яттю, виконавчою функцією та обробкою інформації, а також дефіцит уваги та порушення психомоторних функцій. Все



це може посилитися через напруження, зусилля, тривалу вертикальну позу, стрес або тривалий тиск, і може мати серйозні наслідки для здатності пацієнта зберігати роботу або відвідувати школу повний день.

2. **Ортостатична непереносимість** - у пацієнтів спостерігається погіршення симптомів після прийняття та збереження вертикальної пози, вимірюваної об'єктивними порушеннями частоти серцевих скорочень та артеріального тиску під час стояння, ортостатичних життєвих показників біля ліжок або тестування нахилу голови. Ортостатичні симптоми, включаючи запаморочення, непритомність, підвищену стомлюваність, когнітивне погіршення, головний біль або нудоту, погіршуються при спокійній вертикальній позі (стоячи або сидячи) протягом дня та покращуються (хоча і не обов'язково повністю), лежачи. Ортостатична непереносимість часто є найбільш набридливим проявом СХВ серед підлітків.

Отже, для верифікації діагнозу необхідно 3 основних критерії та, принаймні 1 з додаткових критеріїв.

Інші симптоми, що часто зустрічаються у хворих на СХВ є: відчуття розгубленості, головокружіння, труднощі при утримуванні балансу тіла, алергічні прояви, підвищена чутливість до шуму, симптоми подразненого кишківника, лихоманка, нічний піт, підвищена чутливість до світла, біль в очах, депресія, подразливість, швидка зміна настрою, страх, панічні атаки, тривалий біль, порушення сну [23, 19, 36].

CDC описує СХВ як розлад з особливими симптомами та фізикальними ознаками, діагностика якого базується на виключенні інших можливих причин.

СХВ може бути діагностовано після заперечення низки інших причин вТОМИ:

- Медикаментозної залежності
- Імунних чи автоімунних порушень
- Інфекцій
- Захворювань м'язів чи нервової системи (наприклад: розсіяний склероз)

- Ендокринних захворювань (наприклад: гіпотиреоз)
- Інших захворювань (серця, нирок, печінки тощо)
- Психіатричних захворювань
- Пухлин

Хоча завжди відкритим залишається питання, чи може СХВ співіснувати з вище описаними станами та покращуватись на тлі стабілізації патологічного процесу.

Не існує специфічних діагностичних методів для верифікації діагнозу СХВ. Однак, деякі дослідники повідомляють про відхилення від норми при проведенні деяких тестів:

- МРТ головного мозку
- Лейкограма

[24, 25, 26, 27, 28].

Враховуючи те, що СХВ є складною проблемою, підхід до його лікування теж не простий. Наприклад: у практику лікування післявірусного синдрому стомлюваності (G 93.3) з 2007 року для вітчизняних лікарів-імунологів затверджено клінічний протокол надання медичної допомоги, в якому із шести запропонованих лікувальних заходів акцент зроблено на застосуванні імуноглобулінів, протигерпетичних та імуотропних препаратів. Однак багато авторів відзначають, що антивірусне лікування ацикловіром тощо не є ефективним. Вивчення імунологічного лікування, яке включало високі дози глобуліну, діалізуючу витяжку білих клітин крові, амфіген, інтерферони, ізопринозін і кортикостероїди, теж виявилось невтішним. Традиційні види медикаментозної терапії у вигляді вітамінотерапії, дієтичних добавок і комплексу адаптогенних препаратів дають лише короткотривалий ефект, спрямований тільки на ліквідацію метаболічного дефіциту органів. Такі перспективи аргументують необхідність перегляду терапевтичної стратегії ведення пацієнтів з синдромом хронічної втоми.

Комплексний підхід є головним принципом, неприйняття якого визначає малу ефективність запропонованих лікувальних і профілактичних підходів до лікування СХВ.

Сучасна програма лікування синдрому хронічної втоми включає:

- нормалізація режиму відпочинку та фізичного навантаження;
- розвантажувально-дієтична терапія;
- вітамінотерапія;
- загальний або сегментарний масаж спільно з гідропроцедурами і ЛФК;
- імунокоректори загального плану з адаптогенним ефектом;
- інші допоміжні засоби (денні транквілізатори, ентеросорбенти, ноотропні засоби);
- антигістамінні препарати (при наявності алергії, та інші симптоматичні препарати);
- голкорексфлексотерапія, лазерна терапія, фітотерапія, гомеопатія, аромотерапія;
- аутогенне тренування, раціональна психотерапія, або інші методи нормалізації психоемоційного стану [4, 9].

Такою ж є і тактика іноземних науковців та лікарів щодо лікування СХВ:

- Когнітивно-поведінкова терапія і дозоване фізичне навантаження для певної категорії пацієнтів
- Здорове харчування
- Нормалізація сну
- Ліки для зменшення болю, дискомфорту, лихоманки
- Медикаменти для зняття тривожності
- Антидепресанти

Пацієнтів з СХВ слід заохочувати підтримувати активне соціальне життя. Допомагають також фізичні вправи, гігієнічна зарядка, поступове

зростання фізичної активності, участь у групі підтримки. Загальні рекомендації включають:

- Заборону надмірної фізичної активності, якщо пацієнт відчувається втомленим
- Планування часу для активності, відпочинку та сну
- Розбивання великих завдань на дрібніші
- Розпланування роботи над складними проблемами рівномірно протягом тижня

Розслаблюючі техніки теж допомагають у боротьбі з СХВ. Вони не є основним лікуванням, однак активно використовуються як супутні та допоміжні засоби. Релаксуючі техніки включають:

- Biofeedback
- Вправи на глибоке дихання
- Гіпноз
- Масаж
- Медитація
- Вправи на релаксацію м'язів
- Йога

[24, 25, 26, 27, 28].

Загальнозміцнююче значення цих заходів і їхній благотворний вплив на функціонування всіх відділів нервової системи не викликає сумнівів. Значний інтерес викликають можливості раціональної психотерапії. У більшості випадків для досягнення терапевтичного ефекту достатньо раціональної психотерапії, коли в процесі бесіди лікар разом з пацієнтом веде пошук причини психічного виснаження, заспокоює хворого в плані курабельності наявних у нього симптомів і можливості одужання (при суворому дотриманні лікарських рекомендацій), контрольованості процесу лікування (постійний зв'язок із лікуючим лікарем, повторні візити, консультування on-line) і прогнозу покращення, при цьому особливу увагу

слід акцентувати на необхідності тривалого лікування і особливостей впливу запланованих психофармакологічних препаратів.

Поєднання в арсеналі лікаря психотерапевтичного впливу із психофармакологічними і соматотропними засобами дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування обговорюваних порушень. Так, за даними вітчизняних авторів, ефективність використання тільки засобів соматотропної терапії в лікуванні СХВ становить 12%, тільки психотропної терапії - 24%, ефективність комбінованого застосування соматотропної і психотропної терапії досягає 64%.

Надбанням сучасних психофармакологічних засобів є їхня хороша переносимість, відсутність впливу на функцію сну і моторну сферу, еректильну функцію, психічну і фізичну активність.

Останнім часом активно обговорюються можливості відносно нового напрямку неспецифічної медикаментозної корекції депресивного і тривожного компонентів синдрому хронічної втоми - нейропротекції з використанням ноотропних препаратів.

Загальновідома здатність ноотропів підвищувати працездатність, концентрацію уваги і опірність мозку гіпоксії, а також покращувати пам'ять.

Лікування СХВ повинно мати системний характер і включати заходи із запобігання ушкодженню мозкових судин, покращення і довготривалої стабілізації когнітивних функцій, корекції інших клінічних проявів захворювання.

Найефективнішим заходом із запобігання подальшому прогресуванню захворювання є вплив на судинні фактори ризику (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперліпідемія, гіпергомоцистемія, ожиріння, куріння).

З позицій комплексного підходу лікування СХВ найбільш правильною тактикою лікування є вплив на центральні механізми вегетативної регуляції шляхом використання фізіотерапевтичних методів, таких як голкорексфлексотерапія, лазерна акупунктура, масаж, гідротерапія, аутогенне тренування.

Профільні дослідження (Малиновський Е.Л.,2010) показали високу ефективність (86,7%) лазеропунктури, виконаної за методом індивідуально дозованої лазерної терапії. Її ефективність обумовлена можливістю усунення дисфункції центральних регулюючих центрів вегетативної нервової системи.

Сьогоднішня література пропонує велику кількість різноманітних підходів до дієт при синдромі хронічної втоми. Пропонується використання лікувального голодування як одного із видів дозованого стресу, який приводить до активації всіх систем, в тому числі до посилення обміну речовин, що дозволяє в цілому підвищити фізичну активність, інтелектуальні можливості, загальне самопочуття.

Широко використовується загальний, або сегментарний масаж комірцевої зони, в обов'язковому порядку паравертебральний масаж з елементами мануальної терапії. Високою ефективністю з гідропроцедур володіють перш за все циркулярний душ і кисневі ванни.

Лікувальну фізкультуру підбирають в обсязі й комплексі для достатньої підтримки нормального фізіологічного стану пацієнта в умовах стаціонару.

Хоча при СХВ імунологічні дослідження загального плану не показують якихось виражених відхилень в імунному статусі організму, однак наявність у значної частини даного контингенту хронічних інфекцій, загальних дезадаптаційних реакцій виправдовують застосування імунокоректорів загального плану з вираженим адаптогенним і антиалергічним ефектом (білобіл та ін.) [3, 4, 9].

Розроблена тактика лікування дозволяє подовжити стан ремісії і повернути пацієнта до роботи, застосувати лікарські засоби, які підвищують енергетичні можливості пацієнта, поліпшують сон, знижують болючість і напруженість у м'язах [8].

Проте недостатня ефективність існуючих схем лікування вимагає проводити пошуки нових медикаментозних засобів для вирішення проблеми СХВ. Протягом останніх 10 років проводилися дослідження різноманітних

фармакологічних засобів для досягнення ремісії у пацієнтів з СХВ. Недавно проведені клінічні дослідження II фази показали певну ефективність імунодепресанта ритуксимабу [40]. Для підтвердження його ефективності на великій групі пацієнтів проводять III фазу клінічних випробувань. Автори дослідження вважають, що його позитивний результат свідчить на користь суттєвого патогенетичного впливу фактору утворення аутоантитіл при СХВ. Поки що неповністю доказаний аналіз підгрупи пацієнтів, які відповіли на терапію ритуксимабом, показав, що у них спостерігали зниження рівня аутоантитіл проти бета-адренергічних рецепторів і мускаринових холінергічних рецепторів [43].

Окрім загально-прийнятих методів лікування СХВ у популярних виданнях щоразу з'являються різні рекомендації, зокрема на платформі healthline опубліковано 12 дієтичних лайф-хаків для зменшення симптомів СХВ:

*1. Відкиньте їжу, що сприяє запаленню.*

Оскільки, як видається, запалення відіграє роль у хронічній втомі, Montoya рекомендує спробувати протизапальну дієту або додати протизапальні продукти, такі як риба та оливкова олія. Спробуйте обмежити запальні продукти, такі як цукор, смажена їжа та оброблене м'ясо.

*2. Залишайтеся зволженими.*

Хоча вживання більше води не є ліком від хронічної втоми, це все одно важливо. Як відомо, зневоднення погіршує втому. Залишатися гідратованим важливо для поліпшення або збереження здоров'я.

*3. Ведіть журнал харчування та симптомів.*

Журнал про їжу - це чудовий спосіб виявити продукти, які покращують або погіршують ваші симптоми. Також корисно мати запис того, що ви відчували щодня, щоб поділитися зі своїм лікарем. Відстежуйте, як ви почуваетесь і що ви їли щодня, щоб знайти будь-які закономірності. Оскільки

від 35 до 90 відсотків людей з хронічною втомою відчувають симптоми, пов'язані із синдромом подразненого кишечника, важливо приділяти особливу увагу будь-яким розладам шлунку.

#### *4. Не обмежуйте себе марно*

Спокусливо відкинути все, що можна, в умовах такої туманної, невгамовної хвороби, як хронічна втома, але немає жодних доказів того, що вкрай обмежувальна дієта покращує симптоми. Поговоріть зі своїм лікарем, перш ніж виключати будь-які продукти зі свого раціону, щоб запобігти перенапруженню тіла та вилученню важливих поживних речовин. Спробуйте елімінаційну дієту лише в тому випадку, якщо ваш лікар та дієтолог вважають, що вона вам підходить.

#### *5. Проте робіть експерименти зі своєю дієтою*

Деякі продукти можуть змусити вас почувати себе краще чи гірше. Наприклад, деякі пацієнти Montoya помітили покращення після вилучення глютену або продуктів з високим вмістом вуглеводів з їх раціону, тоді як інші не побачили жодних ефектів. Оскільки для СХВ не існує стандартної дієти, можливо, варто поекспериментувати зі своїм харчуванням, щоб знайти те, що змушує вас почуватись найкраще.

#### *6. Обмежте вживання кофеїну*

Кофеїн здається чудовим способом покращити свою енергію, але це має наслідки. За словами Montoya, кофеїн може дати вам помилкове відчуття енергії та змусити перестаратися. Трохи кофеїну може підійти для деяких людей. Тільки будьте обережні, щоб не перенапружуватися і переконайтеся, що споживання не впливає на ваш сон.

#### *7. Спробуйте менші порції, проте частіший прийом їжі.*



Багато людей з хронічною втомою часто відчують надто втому, щоб їсти, або не відчують голоду. Якщо ви худнете або боретесь, щоб з'їсти достатньо протягом дня, Gporro рекомендує частіше пробувати менші страви або додавати невеликі перекуси між кожним прийомом їжі. Частіше їсти може допомогти зберегти енергію. Менші порції, можливо, також легше переносити.

#### 8. *Звертайте увагу на цукор*

Цукор також може тимчасово збільшити вашу енергію, але «аварія» після цього може посилити вашу втому. Замість того, щоб тягнутися до продуктів з рафінованим цукром, Gporro пропонує їсти природно солодку їжу з невеликою кількістю білка, щоб допомогти вирівняти рівень цукру в крові та рівень енергії. Ягоди з простим несолодким йогуртом - чудовий варіант.

#### 9. *Переходьте на овочі*

Використовуйте некрахмалеві овочі. Спробуйте включати овочі всіх кольорів протягом дня, щоб отримати їх унікальні поживні речовини та користь. Наприклад, червоні овочі наповнені фітонутрієнтами, які діють як антиоксиданти та допомагають зменшити запалення. Жовті овочі містять важливі вітаміни та мінерали, такі як вітаміни А, С та В6.

#### 10. *Відмовтесь від сильно обробленої їжі*

У сильно оброблених продуктах харчування, як правило, менше поживних речовин, ніж у початковому продукті. Важливо навантажуватися рослинами - такими як бобові, фрукти, овочі та цільні зерна - для забезпечення потреб вашого організму.

Не знаєте, що їсти? Gporro рекомендує дотримуватися продуктів, які "максимально наближені до того, що зробила мати-природа". Наприклад,

вибирайте кукурудзу цільну замість пластівців, або коричневий рис замість макарон, наприклад.

### *11. Доповніть все корисними жирами*

Використовуйте волоські горіхи, кілька скибочок авокадо, пару унцій форелі: Додавати здорові жири, такі як омега-3 жирні кислоти, можна легко протягом дня. Корисні жири важливі для здоров'я мозку та серця, а також можуть допомогти зменшити запалення.

### *12. Майте план свого харчування та готуйте по можливості.*

Одним з найкращих способів забезпечити повноцінну дієту є попереднє планування їжі та її приготування. У дні, коли у вас буде більше енергії, сплануйте, що ви будете їсти решту тижня, і підготуйте основні інгредієнти. Їжа буде готова швидко. Вам не доведеться турбуватися про те, що ви будете їсти в певний день. Ще краще: залучіть когось, хто допоможе вам, щоб ви могли зробити більше, не виснажуючись.

Отже, лікування хронічної втоми може бути приємним, навіть смачним.

### *Прогноз.*

Проведені ретроспективні дослідження в цій галузі стверджують, що неможливо практично визначити, коли з'явився перший симптом СХВ, отже важко передбачити перебіг хвороби. Деякі пацієнти повністю видужують у термін від 6 місяців до 1 року.

Інші пацієнти з СХВ стверджують, що ніколи більше не відчуваються так добре, як раніше. Наявні дослідницькі результати стверджують, що хворі, які беруть участь у програмах реабілітації одужують швидше.

Можливими ускладненнями СХВ вважають затяжні депресії, неможливість працювати та брати участь у соціальній активності, що веде до ізоляції, побічні ефекти препаратів [24, 25, 26, 27, 28].

## **1.2 Характеристика нозологічних, асоційованих з суглобовим синдромом, та ймовірні фактори ризику СХВ у них.**

Поширення ревматичних захворювань (в тому числі тих, що протікають з суглобовим синдромом) за даними різних авторів складає від 0,1 % до 4 % та від 2 % до 5 % серед населення планети і дещо відрізняється залежно від етнічної групи та кліматичної зони. ці хвороби не формують провідну трійку структури захворюваності людства та України зокрема. Наприклад: лідерами за статистичними даними в Україні є хвороби органів дихання (43,7%) та системи кровообігу (7,2 %). *Ураження кістково-м'язової системи та сполучної тканини складають всього 4,6 % [37].* Проте, слід зазначити про яку конкретно категорію населення йдеться. Основну масу пацієнтів з патологією суглобів та сполучної тканини становлять люди молодого та середнього віку, тобто працездатна когорта, яка схильна до інвалідизації у зв'язку з основним захворюванням. Щоб підкреслити важливість питання - перше десятиліття ХХІ століття було проголошене ВООЗ «Декадою хвороб кісток та суглобів» [18]. Ця когорта хворих за міжнародними дослідження найчастіше використовує листки непрацездатності у зв'язку з погіршенням стану, що відображається їх загальному доході та економічному стані країни в цілому. Існують також дослідження, які вираховали втрати економіки від інвалідизації людей працездатного віку, і ці втрати значні.

Враховуючи вище викладене, науковці усього світу шукають нові можливості лікування, сучасні стратегії ведення таких пацієнтів та перспективи кооперації системи «лікар – пацієнт – медична сестра (медичний персонал) – оточуюче середовище» для отримання максимально можливого позитивного результату з метою збереження працездатності та соціальної адаптації хворого та усунення негативних впливів на стан його (її)

здоров'я. Таким чином, уже існують роботи, які вперше оцінили вклад завідувача відділення, лікуючого лікаря, середнього медичного та обслуговуючого персоналу в задоволенні потреб пацієнта, госпіталізованого в ревматологічне відділення, дана оцінка відношенню хворих до свого захворювання, проведена оцінка значимости медичного персоналу та інших осіб (оточуючих хворих та родичів) у формуванні уяви про хворобу, відношення до неї хворого. Активно вивчається ефективність спеціально проведеної інформаційної роботи медичної сестри з пацієнтом [18].

Одночасно чимала кількість соціально-економічних, фізичних, екологічних та соціальних факторів призводять до зростання психоемоційної напруги, виснаження, порушення функціонування організму, появи проблем у повсякденній та професійній діяльності. У зв'язку з деструктивним впливом цих факторів знижується індивідуальний поріг опору особистості, особливо у випадку наявності хронічного захворювання (наприклад, РА чи ОА) внаслідок чого знижується рівень стресостійкості і, як результат, підвищується схильність до появи і переживання конфліктних та психотравмуючих ситуацій. Це погіршує ефективність діяльності, гальмує професійний розвиток, знижує рівень задоволення власною діяльністю та життям, а це в свою чергу призводить до появи СХВ та погіршує соматичний стан [6, 7, 48].

Отже, для більшого розуміння особливостей перебігу патологічного процесу у хворих ревматологічного профілю слід навести їх нозологічну характеристику.

*Ревматоїдний артрит (РА)* - хронічне прогресуюче системне автоімунне захворювання сполучної тканини з невідомою етіологією, для якого характерним є симетричний ерозивний артрит та широкий спектр позасуглобових (системних) проявів.

Наявність в організмі хворого на РА хронічного запалення підвищує ризик інфекцій, атеросклерозу, остеопорозу. Крім цього, тривале застосування

протизапальних засобів супроводжується важкими ускладненнями (наприклад: шлунковими кровотечами), що істотно погіршує життєвий прогноз.

Розповсюдженість РА становить близько 0,5 – 1,5 % населення у всьому світі, а економічні втрати від РА для суспільства можна співставити з такими при ішемічній хворобі серця. Через 5 років від початку хвороби, незважаючи на лікування базовими препаратами, 16 % пацієнтів втрачають працездатність, а через 20 років – 90 %, у третини з яких розвивається повна інвалідність.

Жінки хворіють частіше, їх співвідношення з чоловіками становить 2,5-3:1. Пік захворюваності – IV-та і V-та декади життя. У 70 % пацієнтів спостерігаються періодичні загострення і відносні ремісії, з прогресуючою деструкцією суглобів. У 15 % пацієнтів - м'який перебіг, із помірною активністю захворювання та повільно прогресуючою деструкцією суглобів, а у 10 % хворих – довготривалі ремісії [37, 47].

Діагноз РА встановлюється на основі класифікаційних критеріїв ACR та EULAR (див табл. 1.2).

Таблиця 1.2 Класифікаційні критерії РА

<b>А. ураження суглобів</b>	
1 великий суглоб	0балів
2–10 великих суглобів	1 бал
1–3 малих суглобів (ураження великих суглобів наявне або відсутнє)	2 бали
4–10 малих суглобів (ураження великих суглобів наявне або відсутнє)	3 бали
>10 суглобів (в т. ч. щонайменше 1 малий суглоб)	5балів
<b>Б. серологія (необхідним є результат <math>\geq 1</math> тесту)</b>	
РФ і АЦЦП негативні	0балів
РФ або АЦЦП присутні в низькому титрі	2 бали
РФ або АЦЦП присутні у високому титрі	3 бали
<b>В. показники гострої фази (необхідним є результат <math>\geq 1</math> тесту)</b>	
рівень СРБ в нормі і ШОЕ в нормі	0балів
рівень СРБ підвищений або підвищення ШОЕ	1 бал
<b>Г. тривалість симптомів</b>	
<6 тижнів	0балів
$\geq 6$ тижнів	1 бал

Примітка: слід додати число балів з кожної категорії [А–Г]; результат  $\geq 6$  балів = підтверджений діагноз РА

Метою лікування РА є клінічна ремісія або принаймні низька активність хвороби, якщо досягнення ремісії є малоімовірним. Проте терапія є дороговартісною та не завжди ефективною. Шлях до мети зазвичай займає кілька років.

*Остеоартроз (ОА)* - гетерогенна група захворювань різної етіології з подібними біологічними, морфологічними, клінічними проявами та наслідками, яка характеризується ураженням всіх компонентів суглоба, насамперед хряща, а також субхондральної кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсул і періартрикулярних м'язів, у пізніх стадіях - стійкою деформацією суглобів.

Це найчастіше захворювання суглобів в багатьох популяціях, яке зазвичай маніфестує в осіб віком старших 40 років. Велике епідеміологічне дослідження в США виявило, що рентгенологічні ознаки ОА принаймні однієї суглобової групи, наявні у  $\frac{1}{3}$  дорослих віком 25-74 років, причому поширеність ОА має тенденцію до збільшення з віком. Дослідження, проведені в багатьох країнах, виявили переважання захворюваності серед жінок різного віку та частішу появу больового синдрому і його інтенсивності в порівнянні з чоловіками [37, 47].

Клінічні критерії ОА наведені у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 Клінічні критерії (Althman R.D., 1991)

<b>Клінічні критерії</b>	<b>Клінічні, лабораторні і рентгенологічні критерії</b>
<i>Колінні суглоби</i>	
1.Біль і	1.Біль і
2а. Крепітація	2.Остеофіти або
2б. Ранкова скутість < 30 хв.	3а. Синовіальна рідина, характерна для ОА (або вік > 40 років)
3а. Крепітація	3б. Ранкова скутість < 30 хв.
3б. Ранкова скутість < 30 хв.	3в. Крепітація
3в. Кісткові розростання або	
4а. Відсутність крепітації	
4б. Кісткові розростання	
Чутливість – 89 %	Чутливість – 94 %
Специфічність – 88 %	Специфічність – 88 %
<i>Кульшові суглоби</i>	
1.Біль і	1.Біль і не менше двох критеріїв з трьох
2а. Внутрішня ротація < 15 <sup>0</sup>	2а. ШОЕ < 20 мм/год.
2б. ШОЕ < 15 мм/год. (або згинання в кульшовому суглобі > 115 <sup>0</sup> ) або	2б. Остеофіти
3а. Внутрішня ротація < 15 <sup>0</sup>	2в. Звуження суглобової щілини
3б. Ранкова скутість < 60 хв.	
3в. Вік > 50 років	
3г. Біль при внутрішній ротації	
Чутливість – 86 %	Чутливість – 89 %
Специфічність – 75 %	Специфічність – 91 %
<i>Суглоби кистей</i>	
1.Тривалий біль або скутість	
2.Кісткові розростання в двох або більше суглобах з 10, що розглядаються	
3.Менше двох п'ястково-фалангових суглобів є припухлими	
4а. Кісткові розростання, що включають 2 і більше дистальних міжфалангових суглобів (2-ий і 3-ій дистальні міжфалангові суглоби можуть братися до уваги в двох критеріях: 2 та 4а) або	
4б. Деформація одного або суглобів з 10, що оцінюються	
Чутливість – 93 %	
Специфічність – 91 %	

Основні завдання лікування ОА – зменшення больового синдрому, корекція функціональної недостатності суглобів, сповільнення

прогресування захворювання та покращення якості життя пацієнта. Основна проблема це комплаєнтність пацієнтів, оскільки лікування тривале та вимагає активної участі пацієнта в ньому у вигляді лікувальної фізкультури, корекції харчування, ваги, способу життя.

Обтяжуючими факторами за умови цих двох захворювань є:

- наявність хронічного болю
- функціональна недостатність суглобів
- довготривалість медикаментозного лікування
- вартісність лікування
- необхідність активної участі пацієнти в процесі лікування для збереження функціональності суглобів
- зниження працездатності та соціальної адаптованості.

Усе вище викладене зумовлює необхідність подальшого пошуку ефективного підходу до менеджменту таких пацієнтів за участі команди професіоналів для покращення якості їх життя та усунення додаткових факторів ризику у вигляді СХВ.



## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ І ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вивчення поставлених завдань у дослідження було включено пацієнтів з суглобовими захворюваннями (РА та ОА), що знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні протягом 2019 та 2020 років (до 13 березня 2020 року у зв'язку з оголошенням карантину з приводу ковідної пандемії). Усі хворі були обстежені за допомогою стандартних загально-клінічних методів. Необхідний перелік лабораторних та інструментальних методів дослідження був використаний для верифікації діагнозу.

Додатково для виявлення факторів ризику СХВ пацієнтам було запропоновано традиційний опитувальник FIBROMYALGIA / CHRONIC FATIGUE SYNDROME QUESTIONNAIRE в його частині «Симптоми та ознаки», який був адаптований до потреб дослідження. Зразок опитувальника наведено нижче.

#### ОПИТУВАЛЬНИК СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

ПІП \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_  
 Одинок(чка) \_\_\_\_\_ Одружений(на) \_\_\_\_\_ Вдівець(ва) \_\_\_\_\_ Розлучений(а) \_\_\_\_\_  
 Кількість дітей та їх вік \_\_\_\_\_  
 Професія/посада \_\_\_\_\_  
 Діагноз \_\_\_\_\_  
 Тривалість хвороби \_\_\_\_\_

Відзначте те, що стосується Вас:

1. \_\_ Слабкість
2. \_\_ Потребую відпочивати більше, ніж раніше
3. \_\_ Засинаю з труднощами
4. \_\_ Часто пробуджуюсь під час сну
5. \_\_ Не маю відчуття відпочинку після нічного сну
6. \_\_ Я тяжкий(а) на підйом
7. \_\_ Я менш продуктивний(на) у роботі
8. \_\_ Важко перенешу тиск та стрес
9. \_\_ Я сонливий(а) протягом дня
10. \_\_ У мене менше зацікавленості у справах, які я зазвичай люблю
11. \_\_ Я менш витривалий(а)
12. \_\_ Важко зосередитись на роботі
13. \_\_ У мене мало або немає енергії для фізичних вправ (зарядки)
14. \_\_ Немає зовсім енергії для додаткової роботи

15. \_\_ Я не почуваюся добре
16. \_\_ М'язевий біль? Де? \_\_\_\_\_
17. \_\_ М'язевий спазм? Де? \_\_\_\_\_
18. \_\_ Суглобовий біль? Де? \_\_\_\_\_
19. \_\_ Затерпання? Де? \_\_\_\_\_
20. \_\_ Пекучий біль? Де? \_\_\_\_\_
21. \_\_ Інший біль? Де? \_\_\_\_\_
22. \_\_ Скутість
23. \_\_ М'язева слабкість
24. \_\_ Відчуття недомагання
25. \_\_ Грипо-подібні відчуття
26. \_\_ Непереносимість фізичних навантажень (біль після навантаження)
27. \_\_ Тривала слабкість після навантаження
28. \_\_ Підвищений погір чутливості до болю
29. \_\_ Підвищена чутливість до світла, звуку, підвищена тактильна чутливість
30. \_\_ Мені важко розслабитись
31. \_\_ Головний біль, мігрень
32. \_\_ Напруження у шії та плечових м'язах
33. \_\_ Похолодання кистей і стоп
34. \_\_ Мерзлякуватість
35. \_\_ Порушення травлення
36. \_\_ Блювання
37. \_\_ Відрижка
38. \_\_ Надмірне газоутворення
39. \_\_ Нудота
40. \_\_ Печія
41. \_\_ Відраза до м'яса
42. \_\_ Пекучий голодний біль у шлунку
43. \_\_ Проблеми з жовчевим міхуром (видалений)
44. \_\_ Пронос
45. \_\_ Закрепи
46. \_\_ Припухлість лімфатичних вузлів
47. \_\_ Біль в горлі
48. \_\_ Хронічне закладення носа
49. \_\_ Хронічні чи повторні інфекції
50. \_\_ Висипка
51. \_\_ Шкірний свербіж
52. \_\_ Вічуття сухості в очах, носі та роті
53. \_\_ Зміни/погіршення зору
54. \_\_ Труднощі з концентрацією уваги
55. \_\_ Погіршення пам'яті
56. \_\_ Не «ясна» голова
57. \_\_ Збентеження
58. \_\_ Страх
59. \_\_ Я постійно відчуваю стрес
60. \_\_ Стаю подразливий(а), втрачаю терпіння швидше, ніж зазвичай
61. \_\_ Я більш похмурий(а), ніж завжди
62. \_\_ Панічні атаки
63. \_\_ Поганий настрій
64. \_\_ Депресія
65. \_\_ Низька самооцінка
66. \_\_ Відчуття нікчемності
67. \_\_ Відчуття відчаю
68. \_\_ Втрата цікавості до щоденної активності
69. \_\_ Втрата задоволення від життя
70. \_\_ Зменшення соціальної активності
71. \_\_ Втрата самовпевненості
72. \_\_ У мене труднощі з прийняттям рішень
73. \_\_ Гіпоглікемія (низький рівень цукру)
74. \_\_ Бажання їсти солодощі, шоколад та вуглеводну їжу
75. \_\_ Бажання соленої їжі
76. \_\_ Бажання вживати алкоголь

77. \_\_Тремор, що проходить після їжі  
 78. \_\_Тремтіння, подразливість чи головний біль, якщо пропущений прийом їжі  
 79. \_\_Відчуття втоми після прийому їжі  
 80. \_\_Я вживаю знежирену їжу  
 81. \_\_Я зменшую кількість солі у своєму раціоні. Чому? \_\_\_\_\_  
 82. \_\_Я вживаю багато молочних продуктів  
 83. \_\_Я вживаю багато цукру  
 84. \_\_Я вживаю багато газованих напоїв  
 85. \_\_Головокружіння  
 86. \_\_Запаморочення при вставанні  
 87. \_\_Коричневі плями, що з'являються на шкірі  
 88. \_\_Безпідставна тривога  
 89. \_\_Надмірна тривога та страх  
 90. \_\_Хропіння  
 91. \_\_Важкість в ногах  
 92. \_\_М'язеві посмикування  
 93. \_\_Зубний скрегіт вночі  
 94. \_\_Почащений сечопуск  
 95. \_\_Почащений нічний сечопуск  
 96. \_\_Інфекція сечовивідних шляхів  
 97. \_\_Сухість вагіни, подразливість, інфекції  
 98. \_\_Приливи  
 99. \_\_Нічна пітливість  
 100. \_\_Передменструальний синдром  
 101. \_\_Неплідність  
 102. \_\_Велика крововтрата та біль при місячних  
 103. \_\_Нерегулярні місячні  
 104. \_\_Знижений статевий потяг  
 105. \_\_Еректильна дисфункція  
 106. \_\_Збільшення маси тіла, особливо об'єму в талії  
 107. \_\_Незрозуміла втрата маси  
 108. \_\_Легка поява синців  
 109. \_\_Біль в ногах  
 110. \_\_Набряки (затримка рідини)  
 111. \_\_Поява задишки  
 112. \_\_Біль у грудях  
 113. \_\_Серцебиття  
 114. \_\_Самотність  
 115. \_\_Більшість оточуючих не розуміють мого стану  
 116. \_\_Замало або відсутня підтримка від друзів та сім'ї

Для оцінки якості життя пацієнтів використано SF-36 (Short Form – 36) – неспецифічний опитувальник, який широко використовується при проведенні популяційних досліджень. Опитувальник відображає загальне благополуччя та ступінь задоволення сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан загального здоров'я.

SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у 8 шкал:

1. фізичне функціонування
2. рольова діяльність
3. фізичний (тілесний) біль
4. загальне здоров'я

5. життєздатність
6. соціальне функціонування
7. емоційний стан
8. психічне здоров'я.

Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краща оцінка за вибраною шкалою. А з них формуються два параметри: *психологічний* та *фізичний* компоненти здоров'я. Для проведення цього дослідження використано онлайн калькулятор SF-36 за посиланням: [https://massage-sport.ru/sf\\_36/](https://massage-sport.ru/sf_36/).

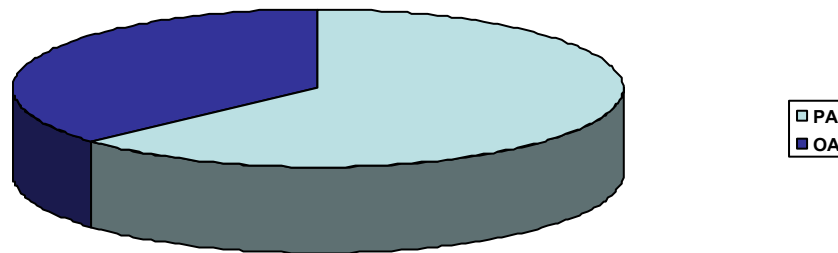
Всі отримані цифрові дані обробляли статистично. Вираховували середньоарифметичну величину та її похибку, відсоткову частоту явища.

## РОЗДІЛ 3

### ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ

#### 3.1 Загальна характеристика хворих

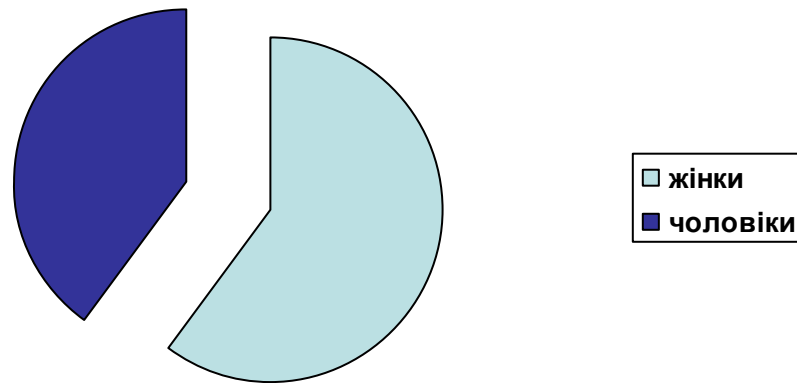
Для виконання роботи у дослідження було включено 40 хворих з суглобовим синдромом, з них - 25 хворих на ревматоїдний артрит (62,5 %); 15 хворих на остеоартроз (37,5 %) (рис. 1).



*Рис. 3.1 Розподіл хворих за нозологічними одиницями*

Діагноз РА встановлювали за критеріями ACR/EULAR 2010 року, діагноз верифікується при наявності 6 і більше класифікаційних балів. Діагноз ОА встановлювали на основі клінічних критеріїв (Althman R.D., 1991) та рентгенологічних критеріїв.

Загальна кількість учасників – 40, серед них жінки – 24 (60 %), чоловіки – 16 (40 %), що відповідає статистичній звітності України та світу (рис. 2).



*Рис. 3.2 Гендерні особливості групи обстежуваних пацієнтів.*

Середній вік обстежуваних ( $41,3 \pm 1,3$ ) років, брали участь пацієнти у віці від 20 до 75 років.

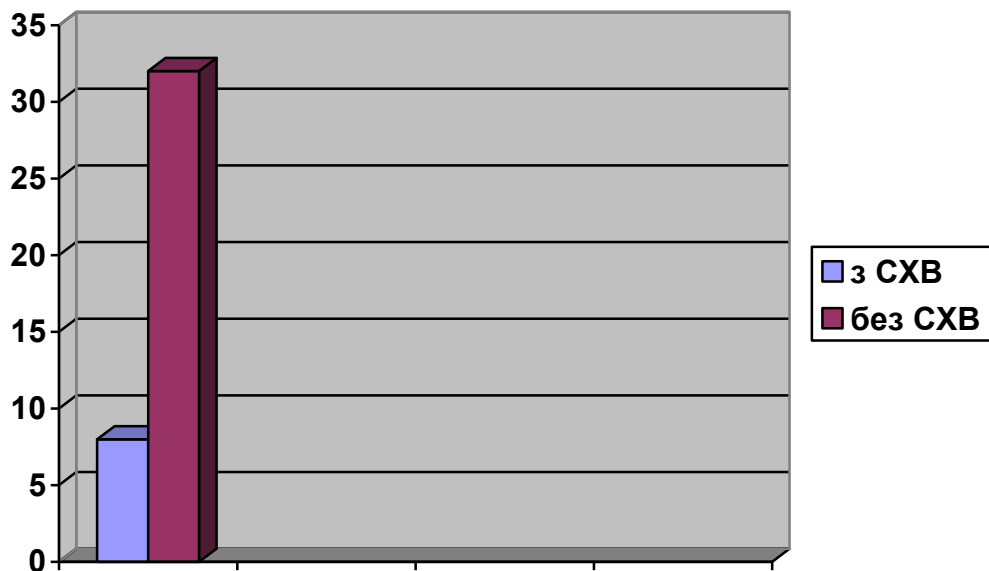
Тривалість захворювання ( $7,5 \pm 0,3$ ) років, при чому мінімальна тривалість 14 місяців, а максимальна – 32 роки.

52,5 % (21 пацієнт) освідчені медико-санітарною експертною комісією у зв'язку з інвалідністю.

### 3.2 Діагностика синдрому хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю з суглобовою патологією.

Виявлення СХВ у пацієнтів досліджуваної групи проводили на основі критеріїв, які наведені в огляді літератури.

Отже, повністю критеріям СХВ відповідали 8 (20 %) обстежуваних, натомість у 32 (80 %) хворих виявилось недостатньо критеріїв для верифікації СХВ (рис. 3).



*Рис. 3.3 Кількість хворих з та без діагностованого СХВ.*

Таким чином пацієнти з діагностованим СХВ увійшли у групу 1, а пацієнти без СХВ у групу 2.

Отже, до групи 1 увійшли 4 хворих на РА та 4 на ОА. Кількість жінок у цій групі 6, чоловіків – 2. Середній вік ( $41,3 \pm 1,5$ ) років. Пересічна тривалість хвороби ( $8,6 \pm 1,2$ ) років.

До групи 2 увійшли 21 хворий на РА та 11 на ОА. Також переважають жінки, їх 18, а чоловіків 11. Середній вік обстежуваних ( $41,1 \pm 0,4$ ) років. Пересічна тривалість хвороби ( $6,7 \pm 0,5$ ) років.

Порівняльна характеристика обох груп наведена у таблиці нижче.

Таблиця 3.1 Нозологічно-статистична характеристика когорти обстежених

Ознака	Група 1 (n=8) з СХВ	Група 2 (n=32) без СХВ	Всього (n=40)
РА	4	21	25
ОА	4	11	15
Жінки	6	18	24
Чоловіки	2	14	16
Середня тривалість хвороби	8,6±1,2	6,7±0,5	7,5±0,3
Середній вік пацієнтів	41,3±1,5	41,1±0,4	41,3±1,3

Порівняння обох груп виявило спільні ознаки: переважання жіночої статі в обох групах з майже однаковим співвідношенням жінок та чоловіків та співвідносний середній вік пацієнтів.

Різниця полягає у тому, що у групі 2 (без СХВ) переважають пацієнти з РА, натомість у групі 1 пацієнтів з РА та ОА порівно. А тривалість хвороби у 1 групі на 22 % перевищує таку у групі 2. Цей факт радше можна розцінити як обтяжуючий, хоча у багатьох попередньо проведених дослідженнях у різних когортах не завжди тривалість хвороби відіграла ключову роль у виникненні СХВ. Ймовірно, має значення ще й клінічна характеристика хвороби, яка у цьому випадку є підґрунтям для виникнення СХВ.



### 3.3 Аналіз опитувальника SF-36 у хворих з суглобовим синдромом.

Як відомо, загальна сума балів опитувальника складається з двох частин:

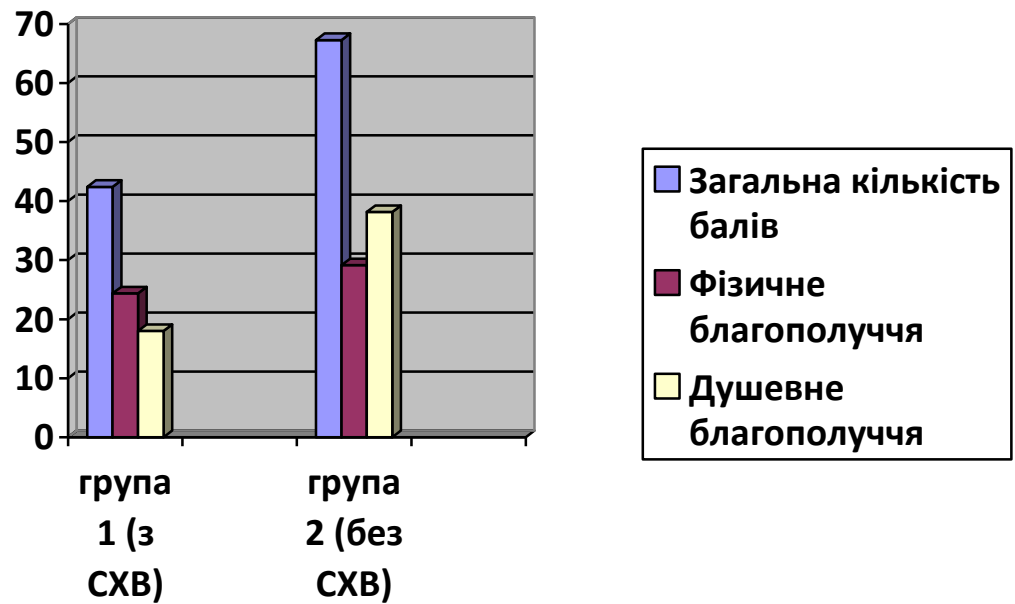
- бали за загальне фізичне благополуччя
- бали за загальне душевне благополуччя.

Вони у свою чергу сумуються з 8 вище описаних шкал. Для зручності була використана онлайн версія даного опитувальника. Ми проаналізували отримані результати в обох групах - з та без СХВ (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 Аналіз опитувальника SF-36 у групах пацієнтів з та без СХВ.

Ознака	Група 1 (n=8) з СХВ	Група 2 (n=32) без СХВ
загальне фізичне благополуччя	24,35±1,22	29,13±1,62
загальне душевне благополуччя	18,05±0,98	38,14±1,74
всього	42,40±1,53	67,27±1,87

Отже, яким же виявився результат? У 1 групі пацієнтів, що живуть з суглобовим синдромом та СХВ сумарна кількість балів становить 42,40 та наближається до цифри 37, значення якої можна охарактеризувати таким фігуральним висловом: «У вас море проблем, проте немає навіть весла...» (рис 3.4). Тобто ці люди з діагностованими одразу двома медичними проблемами живуть з відчуттям безвиході та навіть не уявляють собі шляхів виходу з кризи, чи радше не мають сил на її подолання. При цьому більшу частину сумарної кількості балів складають бали за фізичне благополуччя, а меншу за душевне.



*Рис. 3.4 Аналіз опитувальника SF-36 у хворих з та без СХВ.*

Одночасно у пацієнтів 2 групи з суглобовим синдромом та без СХВ загальний бал за SF-36 склав 67,27. За інтерпретацією опитувальника це означає, що все гаразд, проте «вас не торкнувся Будда». Тобто, проблеми існують, але пацієнт / пацієнтка добре з ними поряється.

Які ж складові сумарного балу? У хворих 2 групи виявлено обернену ситуацію: більшу частину складають бали за душевне благополуччя, меншу – за фізичне. У таких пацієнтів, незважаючи на хронічний біль, ймовірно, доволі тверде розуміння своєї проблеми та уявлення про можливі шляхи покращення свого становища.

### 3.3 Аналіз відповідей опитувальника синдрому хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю з суглобовими захворюваннями.

Для оцінки СХВ пацієнтам було запропоновано традиційний опитувальник FIBROMYALGIA / CHRONIC FATIGUE SYNDROME QUESTIONNAIRE в його частині «Симптоми та ознаки», який адаптований до потреб дослідження, про що детально описано в Розділі 2.

Таким чином, у групі 1 (з діагностованим СХВ) ствердно на питання опитувальника відповідали у 45-77 випадках, що становить 38,79-66,38 %. Лише 1 пацієнт дав тільки 14 (12,07 %) ствердних відповідей про наявність ознак СХВ. Питання, на які отримували позитивні відповіді у 100 % випадків наведені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 Перелік питань, на які найчастіше отримували позитивні відповіді у групі 1.

• Суглобовий біль? Де саме?
• Скутість?
• Похолодання кистей і стоп?
• Стаю подразливий(а), втрачаю терпіння швидше, ніж зазвичай.

Позитивна відповідь на перші два запитання може бути пояснена наявністю суглобового захворювання, і одночасно свідчить, що присутність соматичного захворювання має свій вплив на розвиток СХВ.

Одночасно існують запитання, на які не отримано жодної ствердної відповіді (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4 Перелік питань, на які не отримали жодної ствердної відповіді у групі 1

- Блювання.
- Відраза до м'яса.
- Припухлість лімфатичних вузлів.
- Хронічні чи повторні інфекції.
- Гіпоглікемія (низький рівень цукру).
- Бажання вживати алкоголь.
- Тремор, що проходить після їжі.
- Вживання великої кількості газованих напоїв.
- Зубний скрегіт вночі.
- Сухість вагіни, подразливість та інфекції.
- Неплідність.
- Еректильна дисфункція.
- Надто мало або відсутність підтримки від друзів та сім'ї.

Окрім цього, за рамками опитувальника, в особистих довірливих бесідах з медичним персоналом, а саме медичними сестрами, пацієнти повідомляли про особистісні обставини, які вони вважали негативними факторами, що обтяжують сьогоденний стан. Серед таких повідомлень:

- розлучення 2-х пацієнок;
- вдівство 2-х пацієнок;
- наявність важкої хвороби у члена сім'ї;
- вимушене роздільне проживання з членами своєї сім'ї.

За часом виникнення ці обтяжуючі обставини анамнестично співпадають з моментом виникнення перших симптомів СХВ. Три пацієнтки не вказували на жодні причини, як такі, що могли спричинити виникнення СХВ.

При аналізі даних опитувальників у хворих групи 2 (без СХВ) ствердні відповіді отримано у 13-37 випадках, що становить 11,21-31,90 %. Лише 1 пацієнт дав 52 (44,83 %) ствердні відповіді. Вказані результати однак нижчі, ніж серед пацієнтів групи 1. Немає жодного запитання, на які усі пацієнти даної групи відповіли ствердно.

Особливе зацікавлення дослідників становили питання щодо суглобового болю, на яке позитивно відповіли 7 пацієнтів з 11, що становить 63,64 %. Такою ж була і відповідь про скутість.

Ми не отримали жодної ствердної відповіді на такі запитання, перелічені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 Перелік питань, на які не отримали жодної позитивної відповіді у групі 2

- У мене менше зацікавленості у справах, які я зазвичай люблю.
- Біль? Де?
- Підвищена чутливість до світла, звуку, підвищена тактильна чутливість.
- Відраза до м'яса.
- Пекучий годний біль у шлунку
- Пренос
- Припухлість лімфатичних вузлів.
- Хронічні чи повторні інфекції.
- Висипка.
- Гіпоглікемія (низький рівень цукру).
- Бажання вживати алкоголь.
- Тремор, що проходить після їжі.
- Я зменшую кількість солі у своєму раціоні.
- Інфекції сечовивідних шляхів.
- Нічна пітливість.

- Передменструальний синдром.
- Неплідність.
- Еректильна дисфункція.
- Збільшення маси тіла, особливо об'єму в талії.
- Більшість оточуючих не розуміють мого стану.
- Надто мало або відсутня підтримка від друзів та сім'ї.

При співставленні таблиць 3.4 і 3.5 виявлено, що пацієнти обох груп не дали жодної ствердної відповіді на такі запитання:

- Відраза до м'яса.
- Хронічні чи повторні інфекції.
- Гіпоглікемія (низький рівень цукру).
- Тремор, що проходить після їжі.
- Неплідність.
- Еректильна дисфункція.
- Надто мало або відсутня підтримка від друзів та сім'ї.

Окрім цього, у групі 2 (без СХВ) опинились пацієнти, які вказували на достатню занятість у професії, навчальних закладах, наявність цікавих хобі тощо. Тому, попри те, що серед хворих були ті, що перенесли в анамнезі онкологічне захворювання, труднощі на роботі, сімейні незгоди, ознак СХВ у них виявлено не було.

## РОЗДІЛ 4

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відомо, що суглобова патологія є однією з основних інвалідизуючих проблем сучасного суспільства, що уражає людей працездатного віку. Попри поступ медичної науки, прогрес у галузі фармації, наявності нових методів лікування таких, як імунобіологічна терапія, існує категорія хворих, у яких захворювання має однозначно прогресуючий перебіг, з низькою відповіддю на лікування. Це у свою чергу веде до зниження працездатності пацієнтів соціально-активного віку та їх дезадаптації у суспільстві.

Усі ці процеси відбуваються на тлі «пришвидшення» темпу життя, швидкого індустріального поступу та нових викликів сучасності. Слід зазначити, що адаптуватись до сучасного ритму іноді важко навіть людям без жодних захворювань, що уже й говорити про пацієнтів ревматологічного профілю з функціональною недостатністю суглобів, необхідністю додаткового часу для діагностичних та лікувальних процедур, а іноді – просто для руху через обмеження амплітуди в суглобах, відчуття скутості та біль.

Враховуючи викладене, ми поставили перед собою завдання вивчити як захворювання суглобів впливає на виникнення синдрому хронічної втоми.

Аналізуючи результати дослідження ми виявили, що менше чвертини обстежених мають СХВ. Порівняння груп хворих з та без СХВ виявило спільні ознаки: переважання жіночої статі в обох групах з майже однаковим співвідношенням жінок та чоловіків та співвідносний середній вік пацієнтів.

Різниця полягає у тому, що у групі 2 (без СХВ) переважають пацієнти з РА, натомість у групі 1 пацієнтів з РА та ОА порівно. А тривалість хвороби у 1 групі на 22 % перевищує таку у групі 2. Цей факт радше можна розцінити як обтяжуючий, хоча у багатьох попередньо проведених дослідженнях у різних когортах не завжди тривалість хвороби відіграла ключову роль у виникненні СХВ. Ймовірно, має значення ще й клінічна характеристика хвороби, яка у цьому випадку є підґрунтям для виникнення СХВ.

За якістю життя згідно опитувальника SF-36 пацієнти з верифікованим СХВ значно поступаються групі хворих без СХВ.

При аналізі опитувальників FIBROMYALGIA / CHRONIC FATIGUE SYNDROME QUESTIONNAIRE у хворих з СХВ кількість позитивних відповідей становила 38,79-66,38 %, у групі без СХВ кількість ствердних відповідей значно нижча і становить 11,21-31,90 %. В обох групах велика кількість позитивних відповідей на біль в суглобах та відчуття скутості. Проте, якщо хворі з СХВ відповідали ствердно у 100 % випадків, то хворі другої групи дали позитивні відповіді у 7 випадках з 11. Це на нашу думку свідчить про важливу роль соматичної суглобової патології в розвитку СХВ у конкретної групи пацієнтів.



## ВИСНОВКИ

1. Поширеність синдрому хронічної втоми серед обстеженої когорти пацієнтів з суглобовим синдромом різного походження (РА, ОА) становить 20 %, що менше від чвертини усіх досліджуваних.
2. Гендерних, вікових відмінностей серед пацієнтів з/без синдрому хронічної втоми немає (в обох групах є переважання жіночої статі з подібним співвідношенням жінок та чоловіків).
3. Довша тривалість соматичного захворювання (на 22 %) у групі хворих з СХВ може бути сприяючим фактором його виникнення за умови суглобового синдрому.
4. Якість життя хворих з суглобовою патологією та СХВ є нижчою від такої у пацієнтів без СХФ за результатами опитувальника SF-36.
5. На основі аналізу опитувальника FIBROMYALGIA / CHRONIC FATIGUE SYNDROME QUESTIONNAIRE в його частині «Симптоми та ознаки» доведено, що пацієнти з СХВ мають у двічі більшу кількість скарг в порівнянні з пацієнтами, у яких не розвинувся СХВ.
6. Беручи до уваги інформацію з неформального спілкування з пацієнтами, достатня занятість у професії, навчанні, наявність цікавих хобі, планів протидіють виникненню СХВ. Проте негативний життєвий та медичний досвід може сприяти розвитку СХВ.
7. Проведений огляд наукової літератури та зібраний в процесі дослідження матеріал визначає роль медичного персоналу та медичної сестри зокрема (догляд, навчання та довірливі стосунки) у профілактиці та виявленні факторів ризику СХВ у хворих з суглобовим синдромом.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

- ✚ Вчасна діагностика соматичної патології (суглобового синдрому різного походження зокрема), адекватне лікування з метою оптимального контролю суглобового болю є ймовірними факторами профілактики СХВ у пацієнтів. Вчасне скерування до психолога/психотерапевта за умови виявлення додаткових факторів ризику.
- ✚ Нормалізація режиму праці та відпочинку, достатня тривалість та якість нічного сну.
- ✚ Дозоване фізичне навантаження, як в умовах здоров'я, так і хвороби.
- ✚ Здорове харчування.
- ✚ Застосування можливостей фізіотерапії, наприклад ароматерапія, голкорексотерапія, масажу тощо.
- ✚ Підтримування тісних сімейних стосунків.
- ✚ Зацікавленість у свої щоденній роботі, навчанні, участь у суспільній роботі, наявність захоплюючих хобі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Горлов Д.С. Електричні потенціали шкіри в осіб з різними показниками тесту «Синдром хронічної втоми» / Макарчук М.Ю., Богданов В.Б., Куценко Т.В., Марченко В.А. // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка - 2010 - № 21 (208). – с. 35-42.
2. Коваленко А.Н., Логановский К.Н. Синдром хронической усталости и метаболический синдром X у пострадавших в следствии Чернобыльской катастрофы – мембранная патология? // Український медичний часопис – 2001 - № 6(26) – с. 70-81.
3. Романчукевич Тетяна Синдром хронічної втоми: причини, симптоми, лікування. // Жіночий світ <http://ywoman.ru/page/sindrom-hronichnoyi-vtomi-prichini-simptomi-likuvannja>
4. Власюк Вікторія, Власюк Володимир Синдром хронічної втоми: погляд інтерніста на хворобу цивілізації // Медичний вісник. Рівненський обласний науково-практичний тижневик – 2012 - №1.
5. Синдром хронічної втоми у дітей // За матеріалами J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, Arch. Dis. Child та scientific.ru. – 2010.
6. Тумак І. Синдром хронічної втоми: сучасний погляд і досягнення / І. Тумак // Медицина світу: матеріали симпозиуму (Липень 1998). – К., 1998. – С. 22–28
7. Миронов С.П. Государственный служащий. Профессиональное здоровье и долголетие / С.П. Миронов, А.Т. Артюнов, П.С. Турчин. – М.: Принтер-ателье, 2006. – 352 с.
8. Арцимович Неллі Синдром хронічної втоми // Якість життя. Профілактика – 2004 - № 6.
9. Власюк Вікторія, Власик Володимир Сучасний погляд на стратегію лікування хворих на синдром хронічної втоми // Медичний вісник - газета для медиків – 2013.

10. Як позбутися синдрому хронічної втоми // Львівська пошта №34(1359) – 2013.
11. Стасенко Тетяна Синдром хронічної втоми – міф чи реальність? // Ваше здоров'я. Медична газета України – 2013.
12. Гецько Ю. Синдром хронической усталости / Ю. Гецько // TERRA GENEALOGICA. – № 5. – 2005. – с. 20–45.
13. Керрол Ли. Дети «Индиго» / Ли Керрол, Джен Тоуберю – М.: София, 2007. – 288 с.
14. Курпатов А. 7 уникальных рецептов победить усталость / А. Курпатов. – СПб.: Нева, 2005. – 224 с.
15. Миронов С.П. Государственный служащий. Профессиональное здоровье и долголетие / С.П. Миронов, А.Т. Артюнов, П.С. Турчин – М.: Принтер-ателье, 2006. – 352 с.
16. Митина Л.М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога / Л.М. Митина. – М.: Академия, 2005. – 368с.
17. Шиян О.І. Валеопрактикум: методичний посібник / О.І. Шиян. – Львів, 2004. – 34 с.
18. Филатова Ю.С. Больной ревматологического отделения: роль лечащего врача и медицинского персонала в достижении терапевтического эффекта // Диссертация – 2009 – 162с.
19. Mira Meeus, Jo Nijs Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome // Clin Rheumatol (2007) 26:465–473 – p. 465-473
20. Nater UM, Maloney E, Heim C, Reeves WC: Cumulative life stress in chronic fatigue syndrome. Psychiatry Res 189:318-320, 2011.
21. Boneva RS, Maloney E, Lin JMS, Jones JF, Wieser F, Nater UM, Heim CM, Reeves WC. Gynecologic history in chronic fatigue syndrome (CFS): a population-based case control study. J Womens Health 20:21-28, 2011.

22. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Int Med* 1994, 121:953-959.
23. Larun L, Malterud K: Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling* 2007, 69:20-28.
24. Firestein GS, Budd RC, Harris ED Jr., et al., eds. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008.
25. Engleberg NC. Chronic fatigue syndrome. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009:chap 131.
26. Santhouse A, Hotopf M, David AS. Chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 2010;340:c738.
27. Fosnocht KM et al. Approach to the adult patients with fatigue. <http://www.uptodate.com/home>. Accessed Dec. 28, 2012
28. Chronic Fatigue Syndrome. Medline Plus website. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001244.htm>. Accessed January 2011.
29. Chronic Fatigue Syndrome. Center for Disease Control and Prevention website. Available at: <http://www.cdc.gov/cfs/>. Accessed January 2011.
30. Mayo Clinic Staff. CFS, Risk Factors (Online Information). Available online at <http://www.mayoclinic.com/health/chronic-fatigue-syndrome/DS00395/DSection> through <http://www.mayoclinic.com>. Accessed September 2012.
31. Davis, C.P., Balentine, J.R. Chronic Fatigue Syndrome. Medicine Net.com (Online information). Available online at [http://www.medicinenet.com/chronic\\_fatigue\\_syndrome/article.htm](http://www.medicinenet.com/chronic_fatigue_syndrome/article.htm) through <http://www.medicinenet.com>. Accessed September 2012.
32. Shiel, W.C Jr., Stoppler, M.C. Chronic Fatigue Syndrome. Emedicinehealth.com (Online information). Available online at

- [http://www.emedicinehealth.com/chronic\\_fatigue\\_syndrome/article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/chronic_fatigue_syndrome/article_em.htm) through <http://www.emedicinehealth.com>. Accessed September 2012.
33. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Fatigue Syndrome. CDC.gov/cfs (Online information). Available online at <http://www.cdc.gov/cfs/general/> through <http://www.cdc.gov>. Accessed September 2012.
34. Chronic Fatigue Syndrome, pubmed.com (Online information). Available online at <http://Ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002224> through <http://Ncbi.nlm.nih.gov>. Accessed September 2012.
35. Carruthers B, et al. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. Journal of Internal Medicine Volume 270, Issue 4, pages 327–338. Available online at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x/abstract> through <http://onlinelibrary.wiley.com>. Accessed June 2012.
36. Suzette Scheuermann Sleep disturbances and sleep quality in women with fibromialgia / abstract of dissertation // Lexington Kentucky – 2008.
37. Національний підручник з ревматології / За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОПІОН, 2013. – 672 с.: іл., табл., бібліогр.
38. Acheson E.D. [A new clinical entity?](#) // Lancet. – 1956.
39. Baschetti R. Chronic fatigue syndrome: an endocrine disease off limits for endocrinologists? // Eur J Clin Invest. - 2003 - Dec;33(12):1029-31.
40. Fluge Oystein, Bruland Ove, Risa Kristin et al. [Benefit from B-Lymphocyte Depletion Using the Anti-CD20 Antibody Rituximab in Chronic Fatigue Syndrome. A Double-Blind and Placebo-Controlled Study](#) (2011-10-19) – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22039471/>
41. Holmes, G. P., Kaplan, J. E., Gantz, N. M. et al. [Chronic fatigue syndrome: a working case definition](#) // Annals of Internal Medicine 108 (3). – 1988 - p. 387–389.
42. Jack Challem No More Fatigue: Why You're So Tired and What You Can Do About It Hardcover .February 1, 2011.

43. Madlen Loebel, Patricia Grabowski, Harald Heidecke et al. Antibodies to adrenergic and muscarinic cholinergic receptors in patients with Chronic Fatigue Syndrome // *Brain, Behavior, and Immunity* - 52 (2016) – p.32-39.
44. [Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols](http://www.investinme.org/Documents/PDFdocuments/CanadianDefinitionME-CFS.pdf#page=10). 2003 - URL: <http://www.investinme.org/Documents/PDFdocuments/CanadianDefinitionME-CFS.pdf#page=10>.
45. Parish, J. G. [Early outbreaks of 'epidemic neuromyasthenia'](#) // *Postgraduate Medical Journal* - 54 (637). - 1978. - p. 711–717.
46. Stacy Sampson CFS (Chronic Fatigue Syndrome) URL: <https://www.healthline.com/health/chronic-fatigue-syndrome> Published 12 March 2020.
47. Практичний посібник з внутрішньої медицини, або Кишенькова книжечка сімейного лікаря: посібник для студентів медичних закладів вищої освіти IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики сімейної медицини, терапевтів. У 2 ч. Ч. II / [Н.И. Пасечко, Н.І. Ярема, Л.П. Мартинюк, Л.В. Радецька, І.П. Савченко, О.І. Зарудна та ін.]; за ред. професорів Н.В. Пасечко, Н.І. Яреми. – Тернопіль: Підручники та посібники, 2019. – 432 с.
48. Мураль Н.І. Синдром хронічної втоми у хворих ревматологічного профілю / Мураль Н.І., Зарудна О.І., Абухажар О.П. // *Медсестринство*. - 2014. - №1. - С.68-71