

Chronický únavový syndrom

RNDr. Petr Šíma, CSc.
Sektor imunologie a gnotobiologie, Mikrobiologický ústav, v. v. i., AV ČR, Praha

Chronický únavový syndrom (CFS, z angl. Chronic Fatigue Syndrome) je multisystémové onemocnění provázené nespecifickými mnohonásobnými, často vágními symptomy neurčité etiologie. Protože postihuje více orgánů, projevuje se velice pestrými příznaky, od narušení vegetativních funkcí a svalové únavnosti, psychických a neurologických symptomů v důsledku rozkolísání neurotransmiterových a hormonálních regulací, až po podstatné oslabení antiinfekční a protinádorové imunity.

Klíčová slova: CFS definice, symptomy, diagnostická kritéria, možné příčiny, možnosti léčby.

Chronic fatigue syndrome

Chronic Fatigue Syndrome (CFS) represents a multisystemic disease accompanied by multiple non-specific and frequently uncertain symptoms of unknown etiology. CFS affects more various organs and owing to fluctuating neurotransmitter and hormonal regulations it manifests by varied complaints, sufferings, and impairments of vegetative functions, muscular weakness, psychic and neurological disturbances, and last but not least, a substantial decline of antiinfectious and anticancerous immunity.

Key words: definition of CFS, symptoms, diagnostic criteria, possible causes, possible therapy.

Interní Med. 2010; 12(9): 419–423

Ohlédnutí do historie

Onemocnění odpovídající dnešní diagnóze CFS je známo již více jak 200 let (1). V roce 1869 popsal neurolog G. M. Beard onemocnění s příznaky únavy, bolestmi hlavy, ustrašeností, depresi až celkovým vyčerpáním, které nazval „neurastenie neboli nervové vyčerpání“ (2). Význačný americký psycholog a filozof W. James toto onemocnění zpopularizoval pod přezdívkou „amerikanitida“, protože těmito příznaky trpěli zvláště Američané. Diagnostika neurastenie byla populární jak mezi lékaři, tak pacienty až do prvních desetiletí 20. století. Pak se tento termín přestal používat, protože se jím spíše označovaly symptomy behaviorální než důsledky postviróvého stavu odrážející se v oslabení fyzické kondice (3). V současné době je neurastenie kategorizována v ICD-10 systému přijatém SZO jako F48 „Ostatní neurotická onemocnění“, které specificky vylučuje CFS.

V r. 1938 shrnul A. Gilliam záznamy symptomů několika kazuistik onemocnění, které o čtyři roky dříve postihlo téměř celý zdravotnický personál nemocnice v Los Angeles County Hospital, včetně lékařů (4). Onemocnění připomínající poliomyelitidu nebo myalgickou encefalomyelitidu označil jako „atypickou poliomyelitidu“ charakterizovanou rychlým nástupem svalové slabosti, vazomotorické nestability, klonickými záškuby a křečemi, ataxií a bolestivostí, ztuhlostí šíje a zad, poruchami menstruačního cyklu a závažným senzorickým postižením. V roce 1936 bylo podobné onemocnění zaznamenáno u novicek a jeptišek kláštera ve Wisconsinu. Bylo diagnosti-

kováno jako „encefalitida“. V roce 1937 vypukla na dvou různých místech ve Švýcarsku tatáž nemoc označená jako „abortivní poliomyelitida“ a 73 švýcarských vojáků onemocnělo stejnou nemocí o rok později. Podobný průběh mělo v letech 1948–1949 onemocnění v Akureyri na Islandu, které dostalo název „Nemoc“ Akureyri nebo „simulující poliomyelitis“, později „Islandská nemoc“. Mezi lety 1949–1951 se vyskytla v Adelaidě v Austrálii u 800 lidí nemoc s příznaky „podobnými poliomyelitis“ a ve Spojených státech v r. 1950

totéž onemocnění s diagnózou „epidemická neuromyastenie podobná islandské nemoci simulující „akutní anteriorní poliomyelitidu“. Od padesátých do osmdesátých let minulého století pak byla zaznamenána vzplanutí poliomyelitidě podobného „záhadného“ onemocnění na různých místech v Anglii, Dánsku, USA, Jižní Africe a Austrálii (5). Onemocnění v r. 1955 v Royal Free Hospital v Londýně bylo později pojmenováno jako „choroba nemocnice Royal Free“, „benigní myalgická encefalomyelitida“, anebo „epide-

Tabulka 1. Velká a malá diagnostická kritéria a objektivní příznaky CFS* (7)

Velká kritéria
1. únava trvající více jak 6 měsíců; pokles aktivity až o 50 %; snadná unavitelnost 2. vyloučení (anamnestické, laboratorní) jiných příčin, které by mohly vyvolávat únavu
Malá kritéria (symptomy musí začít současně nebo těsně po nástupu únavy)
1. subfebrilie 37,5–38,6 °C (v ústech), případně zimnice 2. škrábání až bolest v krku 3. bolestivé krční a podpažní mízní uzliny 4. generalizovaná svalová slabost bez vyvolávací příčiny 5. svalová bolest (myalgie) 6. dlouhotrvající únava (více jak 24 hodin) po mírné námaze 7. bolesti hlavy 8. migrující bolesti kloubů 9. poruchy spánku (nespavost, chorobná spavost) 10. jeden nebo více neuropsychických symptomů jako světloplachost, přechodné výpadky vidění, zapomnětlivost, podrážděnost, zmatenost, poruchy koncentrace, obtížné vybavování, deprese 11. rychlý nástup příznaků (hodiny až dny)
Objektivní příznaky (musejí být nejméně dvakrát zjištěny v průběhu jednoho měsíce při lékařském vyšetření)
1. subfebrilie 37,5–38,6 °C (v ústech), případně zimnice 2. bolest v krku bez vykašlávání 3. bolestivost nebo zvětšení krčních a podpažních mízních uzlin
*) Pro platnou diagnózu CFS musí být vždy přítomna: 1. obě velká kritéria spolu s nejméně šesti malými kritérii a dvěma zjištěnými objektivními příznaky 2. obě velká kritéria spolu s nejméně osmi malými kritérii

mická neuromyastenie“ (6). V roce 1962 bylo toto onemocnění poprvé zmíněno v učebnici neurologie a v roce 1969 je pod kódem ICD-8 zařadila SZO mezi neurologické poruchy. Britská Královská lékařská společnost je uznala jako dis-

tinktní samostatnou chorobu v roce 1978. Teprve v roce 1988 britské Ministerstvo zdraví a sociálních věcí spolu s Britskou lékařskou společností a Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC, Centers for Disease Control and Prevention)

v Atlantě (USA) rozhodují toto onemocnění nazývat „chronický únavový syndrom“ – CFS. CDC uveřejňuje kategorizaci symptomů CFS, které se formálně rozdělují podle „velkých“ a „malých“ kritérií (Holmesova kritéria) (7) (tabulka 1). Ta byla přijata širokou lékařskou veřejností s výjimkou Velké Británie, kde byla dána přednost kritériím definujícím postvirový únavový syndrom. V roce 1991 rozdělil P. G. Wallace symptomy CFS na epidemické a endemické (8) (tabulka 3). Ve stejném roce vycházejí „Oxfordská kritéria“, která zahrnují symptomy postvirového CFS, ale neberou v úvahu psychiatrické choroby, anemie a poruchy příjmu potravy (9). Až v roce 1994 definovali K. Fukuda se spolupracovníky osm stěžejních symptomů CFS, které vyplynuly z výsledků dlouhodobého mezinárodního výzkumu (10) (tabulka 2). Název CFS se ve stejném roce objevuje v Mezinárodní klasifikaci nemocí ICD-10 jako rovnocenný termínům myalgické encefalomyelitidy (ME) a postvirovému únavovému syndromu (PVFS) v kategorii neurologických onemocnění (kapitola VI. Nemoci nervové soustavy G90-G99, Jiné poruchy nervového systému G93.3) (11). V roce 2003 na základě zadání expertního podvýboru pro zdraví Kanady vyšly tzv. „Kanadské směrnice“ zahrnující první klinickou definici onemocnění jako ME/CFS, která znamenala oproti Fukudovým kritériím významný pokrok, protože nebyla určena převážně pro výzkum, ale pro klinickou praxi. Stanovuje povinnost, že pro určení diagnózy ME/CFS musí mít pacient nejen symptomy únavy po námaze, ale také postižení neurologická, kognitivní, neuroendokrinní, vegetativní a imunitní (12). Na základě řady nových poznatků a zpřesnění bylo CFS celosvětově uznáno za velmi závažné onemocnění v roce 2006 a CDC vydalo pokyn, aby proběhla

Tabulka 2. Fukudova kritéria CFS (10)

Symptom	Charakteristika
I. únava	hluboká mentální i fyzická vyčerpanost, nevysvětlitelná svalová slabost zhoršující se i po lehké námaze, kterou nelze ani delším odpočinkem zcela odstranit
II. bolest	- bolesti svalů (myalgie), celková svalová nepohoda - generalizovaná bolestivost nebo ztuhlost na více místech těla („ranní ztuhlost“) - stěhující se bolesti kloubů (atralgie) bez otoků a zarudnutí, které mohou být přechodné - dlouhodobá a úporná, často neobvyklá bolest hlavy - zduřené a bolestivé mízní uzliny (lymfadenopatie) - bolesti hrdla (faryngitida), břišní bolesti, syndrom dráždivého tračníku - bolesti očí, kostí, varlat - neuralgie, „bolestivá kůže“ - bolesti v hrudníku (mikrovaskulopatie) - bolesti srdce (kardiomyopatie) - bolestivý zrychlený tep (tachykardie)
III. kognitivní potíže	- zapomnětlivost, zmatenost - obtížné myšlení a soustředění, mentální „únava“, „zamlžený mozek“ - poruchy až ztráta řeči, ztížené chápání, ztráta orientace - poruchy krátkodobé paměti (nikoliv dlouhodobé)
IV. přecitlivělost	- na světlo (fotofobie) a zvuk - neadekvátní reakce na kontaminující látky vody, potravy a prostředí – syndrom mnohočetné chemické přecitlivělosti (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) - alergická reakce na složky léků, potravin, vůní (parfémů) - zhoršení projevů alergií a prohloubení záchvatů astmatu
V. porušené vnímání teploty	- pocity přílišného horka nebo chladu (postižení hypotalamu regulujícího tělesnou teplotu) - zvýšená teplota (subfebrilie) mezi 37,5–38,6 °C doprovázená pocením nebo zimnicí
VI. narušení spánku	„neobčerstvující spánek“, bezesný spánek, naopak „živé sny“ - vyčerpávající nespavost
VII. psychické problémy	- citová nevyrovnanost, citové vyhasnutí - popudlivost, podrážděnost - ustrašenost, deprese
VIII. poruchy autonomního nervstva a hormonální regulace	- zmenšený objem krve - problém udržet rovnováhu, závratě, „zatemnění“ zvláště po rychlém vzpřímení - abnormální metabolismus vazopresinu, snížení činnosti štítné žlázy; nízké hladiny testosteronu a růstového hormonu - snížená sekrece kortizolu (snížená schopnost vyrovnat se s emočním a fyziologickým stresem)

Tabulka 3. Nejčastější termíny používané pro označení CFS (endemická synonyma) (8)

Zkratka	Název	Popis	Od roku
ME – užívaný místo CFS v Kanadě a UK	- myalgická encefalomyelitida - myalgická encefalitida	zánětlivé onemocnění mozku a míchy provázené svalovými bolestmi	1938
CFS CFIDS zdůrazňuje imunitní složku	- chronický únavový syndrom - chronický únavový imunitně dysfunkční syndrom	- komplexní multisystémové onemocnění - pestré psychosomatické, neuro-endokrino-imunologické symptomy - chronická únava provázená zvýšenou nemocností	1988 uznáno CDC 1994 v ICD-10 1992
PVS PVFS PIFS	- postvirový syndrom - postvirový únavový syndrom - postinfekční únavový syndrom	komplexní pestrý soubor symptomů po virových a jiných infekčních onemocněních (postpolio syndrom)	1989
CEBV	chronická mononukleóza (Chronic Epstein-Barr Virus)	po onemocnění jater virem Epstein-Barrové	1985 USA
LNKCD	onemocnění vyvolávající oslabení přirozené imunity (Low Natural Killer Cell Disease)	redukce počtu NK buněk a jejich aktivity až o dvě třetiny	Japonsko
„Yuppie“ chřipka*	nepřesná přezdívka CFS	příznaky strachu z nádorového bujení, syndrom vyhoření; hlavně u zámožné populace středního věku („yuppies“)	1990 USA

*) další alternativní názvy CFS (epidemická synonyma) (8): nemoc Akureyri, islandská nemoc, chřipka Tapanui, atypická poliomyelitida, epidemická vaskulitida, neuromyastenie, nemoc Royal Free Hospital, nemoc jezera Tahoe (Nevada, USA), adelaidská epidemie

kampaň, která by o nebezpečí onemocnění CFS a jeho zdravotních následcích informovala veřejnost (13). Je však jisté, že kategorizace a z ní vyplývající strategie léčby CFS se budou díky novým poznatkům a diferenciálním diagnózám i nadále měnit a upřesňovat.

Výskyt CFS

CFS může propuknout počínaje od puberty (u malých dětí byl CFS diagnostikován velmi zřídka) prakticky v každém období života, i když nejvíce nemocných je v populaci mezi 40–50 lety, a to všech ras i sociálních vrstev. CFS postihuje převážně ženy, u nichž se vyskytuje čtyřikrát častěji než u mužů. Většinou jde o lidi, kteří často vypovídají, že prodělali někdy i zcela banální infekční chorobu, ale předtím byli velmi aktivní. Často se také popisuje, že pokrevní příbuzní lidí, kteří CFS trpěli nebo se stále léčí, jsou k tomuto onemocnění náchylnější. V statistikách USA se uvádí, že CFS trpí 75–450 lidí na 100 000 obyvatel, přičemž více jak 80 % případů zůstává nediodagnostikováno, což v podstatě platí pro všechny průmyslově rozvinuté státy.

Symptomy CFS

Obecně symptomy CFS charakterizují diagnostická kritéria uvedená v tabulce 1–3. Jde hlavně o těžkou únavnost, která ani po náležitém odpočinku nemizí a jejímž následkem je vyčerpání sil i duševní energie. Únavový stav (např. kdy dojde k takovému oslabení, že pacient není schopen ani udržovat správné držení těla) je doprovázen velmi důraznými symptomy, které mohou být pro nemocného daleko nepřijemnější než samotná únava. Je však třeba si uvědomit, že únava je rovněž doprovodným příznakem řady dalších onemocnění. CFS je však přes všechnu podobnost příznaků tak specifický, že je možné jej od těchto chorob velmi dobře diagnosticky odlišit.

Intenzita příznaků a stesků kolísá od mírných po těžké a jejich nástup, časový průběh i vymizení jsou velice variabilní, takže mohou přetrvávat po různě dlouhou dobu, zanikají a opět se objevují, anebo jsou vystřídány jinými. Postiženy mohou být rozličné jednotlivé orgány nebo i více najednou. Především jde o pohybový aparát (myalgie, pokles svalové výkonnosti), bolesti hlavy, nekvalitní spánek, ale je snížena i funkčnost systému dýchacího, krevněoběhového, trávicího i nervového (koordinace, psychika, schopnost soustředění, koalice, paměť). Zvyšuje se náchylnost k infekčním onemocněním v důsledku snížení funkčnosti jak přirozené, tak specifické imunity.

I když CFS nekončí fatálně, omezuje nemocného až k fyzické neschopnosti, takže mu znemožňuje vykonávat řadu činností, někdy jej na různě dlouhou dobu, často měsíce a léta, vyřazuje z práce a aktivního života. Někteří pacienti, u nichž je symptomatický průběh CFS lehký, tomu, aby vyhledali lékaře, nepřisuzují takovou důležitost, takže zůstávají neléčeni, a jak se příznaky prohlubují, musejí později drasticky snížit svoje aktivity (např. sportovní), které měli před nástupem onemocnění. Jsou však také nemocní, u nichž terapie nezabírá, průběh CFS se zhoršuje až do té míry, že jsou zcela upoutáni na lůžko a musí být o ně pečováno.

Za důležitý diagnostický znak CFS je pokládán rapidní nástup příznaků. Řada lidí může dokonce udat den i hodinu, kdy u nich onemocnění propuklo. Rychlý nástup však nemusí být pro CFS jednoznačný. Více pacientů uvádí, že se u nich příznaky CFS plíživě vyvíjely i po měsíce, někdy dokonce po léta. Proto jim nevěnují patřičnou pozornost a pokládají je za slabou indispozici, která se vyskytne vždy po nějaké stresující situaci nebo fyzickém výkonu a která za krátkou dobu přejde. Někteří vyhledají lékaře, až když zjistí, že příznaky přetrvávají, přestože stresová situace už skončila.

I další symptomy CFS se velmi podobají příznakům, které provázejí jiné choroby. Patří mezi ně především schizofrenie, onemocnění štítné žlázy, vaječníků, anemie, diabetes 2, celiakie (intolerance glutenu), autoimunitní choroby, alkoholismus a drogové závislosti. Podobně je třeba uvažovat i o nervově-psychiatrických chorobách. Dokonce nemusí jít o onemocnění, ale nástup příznaků charakteristických pro CFS mohou vyvolat různé stresující situace jako dopravní nehody, stěhování, rozpad životních jistot (rozvod, ztráta zaměstnání, smrt blízkého příbuzného). Zde je namístě přesná specifikace diagnózy CFS.

Vyvolavatelé a příčiny CFS

Prozatím nebylo prokázáno, že CFS může vyvolávat jakékoliv infekční agens, které by odpovídalo Kochovým postulátům. I když chybí přímé důkazy, že CFS se může přenášet jako infekční nemoc, v minulosti byla často zaznamenána její epidemická vzplanutí (zmatečně označovaná jako „abortivní poliomyelitis“, „encefalitis“, „tajemné onemocnění podobné poliomyelitis“, „epidemická neuromyastenie“ aj.), a to v různých zemích (viz výše).

Přesto však v převažující řadě případů propukne CFS po předchozím infekčním onemocnění. Podezření je na virový i bakteriální

původ, protože obraz nemocného vypadá, jakoby imunitní systém nebyl schopen eliminovat původce choroby, což zabraňuje regeneraci ostatních funkcí organismu. Týká se to zejména virů Epstein-Barrové, coxsackie, cytomegalovirů, enterovirů, viru hepatitidy A, parvovirů, herpesviru 6, viru krvácivé horečky Ross River a některých chřipkových virů. Dá se předpokládat, že se spektrum podezřelých virů do budoucna ještě rozšíří, protože v roce 2009 byl mezi ně zařazen nový virus XMRV, který byl zjištěn u CFS pacientů (14). Je ovšem ještě příliš brzy soudit, zda to je skutečně původce tohoto onemocnění, protože byl rovněž nalezen u jiných nemocných bez diagnózy CFS. Také původci bakteriálních onemocnění (borelióza, brucelóza, tularemie aj.) i různých mykóz mohou být potenciální příčinou CFS. Zde na předním místě figuruje borelióza s aktuálními příznaky velmi podobnými CFS. Tento názor však není obecně sdílen a teprve další výzkumy mohou přinést objasnění vztahu lymeské choroby a následného CFS.

Často může být nástup CFS také nepřímo vyvolán kontaktem s některými alergeny (pylové, potravinové, průmyslové, domácí zvíře, prašné prostředí ap.). Je také popisováno, že CFS nastupuje bezprostředně po očkování (zejména kombinovanou vakcínou proti hepatitidě B).

Mnozí specialisté se přiklání k názoru, že příčinou CFS je selhání imunity. Není ovšem bez zajímavosti, že doposud nebylo potvrzeno, že za příčinu CFS by měl být odpovědný nedostatečně fungující imunitní systém. I když byla u CFS pacientů zjištěna řada imunologických funkčních abnormalit, žádná z početných studií nepřinesla jediný důkaz, že by některá z imunitních funkcí byla tak podstatně zeslabena, aby sama mohla CFS vyvolat. Přesto není do budoucna nějaké selhání imunity jako jedna z příčin CFS vyloučeno, protože tato problematika je velmi komplexní a ne zcela vše je v tomto oboru známo.

Nedávno provedené genetické analýzy u nemocných CFS zjistily nedostatečnou expresi genů, které regulují energetický metabolismus a spotřebu kyslíku ve tkáních (mitochondriální dysfunkce). Tyto funkční projevy se ještě více snižují, jsou-li pacienti vystaveni zvýšené námaze. To by vysvětlovalo, proč se po energetickém výdeji (námaha, cvičení, sportovní výkon) symptomy CFS prohlubují a také, že čím je tento výdej vyšší a déle trvá, tím jsou příznaky CFS markantnější, a rovněž trvá delší dobu, než se normalizují.

Tabulka 4. Možné příčiny vzniku CFS

Endogenní	
infekční agens	viry, bakterie, houby (plísňě), paraziti
stres	fyzický, psychosociální
poruchy nervového systému	onemocnění CNS a periferních nervů různé etiologie
Interní	
poruchy endokrinního systému	dysfunkce žláz s vnitřní sekrecí, dysregulace produkce hormonů
poruchy imunitního systému	autoimunita alergie, imunitní nedostatečnost (AIDS)
poruchy metabolismu	špatná skladba nutrice, dysbalance příjmu a využití živin
poruchy genové regulace	energetický metabolismus (svaly, zásobování kyslíkem)

Léčba CFS

Doposud nebyl identifikován žádný infekční původce CFS. Nejsou k dispozici ani specifické diagnostické laboratorní testy, které by mohly léčbu optimalizovat a uspišit. Proto není léčba tohoto komplexního onemocnění jednoznačná a bude zapotřebí dalších výzkumů, které by objektivně zvážily podíl jednotlivých faktorů, jež se na vzniku nemoci spoluúčastní (tabulka 4). Jediné, jak je možné dnes CFS léčit, je zaměřit

se na zúžení spektra příznaků a zeslabení jejich intenzity. Je přitom třeba vzít v úvahu nejzávažnější projevy a snažit se je zmírnit postupy, které rovněž musejí respektovat zdravotní stav i zvyklosti pacienta (15).

Nelze také předpovědět, jak dlouho bude nemoc trvat. Z řady statistik lze odvodit jen velmi průměrné odhady o délce onemocnění a kolik nemocných se uzdravuje: asi 10 % nemocných se uzdraví do roka, 30 % do dvou let, ale téměř

Tabulka 5. Některá možná zaměření léčby CFS podle převažujících příznaků

Převládající příznaky	Možná léčba
Neurologické ■ poruchy autonomního nervového systému (dysautonomie) ■ ortostatická intolerance (neschopnost vstát bez závratí nebo pocitů mdloby) způsobená sníženým průtokem krve v CNS	■ stimulancia autonomního nervového systému: – atomoxetin (Strattera) – amfetamin a jeho analogy (Ritalin) – modafinil (Provigil)
Psychické ■ depresivní stavy	■ antidepresiva (mírní rovněž fibromyalgii a pomáhají úpravě spánku) Pozor! Některá antidepresiva mohou vyvolávat arytmiie, nespavost a svalovou slabost a někteří CFS pacienti nesnášejí antidepresiva vůbec!
Hormonální ■ poruchy činnosti štítné žlázy a nadledvin	■ aplikace steroidů (kortizol) a tyroidních hormonů je nejednoznačná
Imunologické ■ autoimunitní onemocnění, imunodeficity ■ zubní infekce ■ respirační infekce ■ bakteriální a virové infekce ■ fungální a kvasinkové infekce ■ alergie	■ aplikace imunomodulačních látek (obecně ve formě potravinových suplementů) ■ antivirové léky, dietární nukleotidy, Ampligen ■ odstranění infikovaných zubních ložisek, extrakce ■ obecně antibiotika, chemoterapeutika ■ antivirotika ■ antimykotika ■ aplikace antialergik na základě testů ■ úprava diety ■ vyloučení kontaktu s alergizující látkou včetně kovů
Metabolické ■ mitochondriální dysfunkce	■ aplikace směsí s vyššími obsahy L-karnitinu, koenzymu Q10, biotinu, vitamínu B₁₂ aj. nutrientů
Nutriční ■ (u malnutrizovaných, vegetariánů a veganů) ■ celiakie, glutenová intolerance ■ avitaminózy	■ obecně různá nutriční suplementa, vitaminy, dietární nukleotidy ■ specificky zaměřená léčba
Otravy ■ podle druhu otravy	■ purgativa, detoxifikační látky a přípravky, hepatoprotektiva

u 50 % pacientů přetrvávají příznaky 3–10 let, v některých případech i více.

Doporučuje se:

- **Upravit denní režim** – Celkové zmírnění denních aktivit, vyhnout se nadměrné fyzické námaze a stresovým situacím; uvědomit se, že přílišný odpočinek přináší zhoršení příznaků a prodlužuje trvání nemoci; nastavit správný rytmus spánku (vynechat spánek přes den).
- **Udržovat fyzickou kondici** – Zvyknout si pravidelně cvičit (raději pod dozorem zkušeného fyzioterapeuta).
- **Cvičit psychické a kognitivní schopnosti** (tj. schopnost poznávání a učení – tzv. kognitivní behaviorální terapie, CBT) – Trénovat duševní činnost a paměť, naučit se tzv. „pozitivnímu myšlení“; bojovat proti depresivním stavům a odstraňovat strachové symptomy (antidepresiva).
- **Normalizovat výživu** – Jíst kaloricky i skladběně vyváženou stravu, vyloučit salicyláty, glutamát a energizující látky (kofein, taurin).
- **Mírnit** – Bolest nesteroidními léky, vyšší horečku antipyretiky.
- **Léčit** – Alergické projevy antihistaminiky; normalizovat nízký krevní tlak a odstranit závratě příslušnými léky.

V mnoha případech se ukázala podpůrná léčba antivirovými léky (acyklovir), aplikace gamaglobulinu a interferonu, nebo léčba různými „speciálními dietami“ jako méně účinná a mnozí odborníci ji nedoporučují. Naopak v řadě případů se osvědčila nutriční podpora léčby CFS.

Velmi důležité je, aby se nemocný vyhýbal zatěžujcímu (hluk, extrémní teploty) a znečištěnému prostředí (prach, alergený, průmyslové kontaminanty).

Je-li podezření, že CFS vyvolaly některé neurologické, hormonální nebo imunologické a další příčiny, může být doporučovaná léčba zaměřená na odstranění těch symptomů, které pacient udává jako hlavní průvodní znak CFS (tabulka 5).

Závěr

Chronický únavový syndrom je onemocnění, které se obtížně diagnostikuje i léčí. Protože doposud není k dispozici optimalizovaná terapeutická strategie, doporučuje se přistupovat k této komplexní problematice z následujících hledisek, která vyplývají jedno z druhého.

CFS je třeba považovat za skutečné onemocnění, což je dnes potvrzeno několika tisíci

studiemi a průkaznými kazuistikami. U nemocných jsou identifikovány biologické abnormality, i když jejich příčinný vztah k onemocnění je stále nejasný.

Přestože stále panuje nejistota, jak CFS diagnostikovat, existuje mezinárodně přijatá definice CFS, která je dostačující k identifikaci tohoto onemocnění a poskytuje spolehlivý návod pro zaměření specifické léčby podle každého individuálního projevu.

Nedůvěra k tomuto schématu CFS nebo váhání, zda jsou některé příznaky specifické či nespecifické pro diagnózu CFS, může zhoršit průběh i délku onemocnění. Znamená to rovněž respektování pacientových zkušeností s onemocněním, což má naopak význam pro zkvalitnění léčby a oslabuje pacientovu nedůvěru k lékaři i k léčbě.

Pro volbu vhodné strategie léčby je důležité, že čím dříve se vyskytovaly příznaky CFS před jeho diagnostikováním, tím je průběh nemoci komplikovanější. Proto má včasná detekce CFS rozhodující význam pro úspěch léčby. Jinými

slovy, čím dříve začne být pacient léčen, tím je naděje na úspěch léčby větší.

Stejně důležité je zvolit takovou léčebnou strategii, která je co nejvíce individualizována. Paušální aplikace standardizovaného terapeutického schématu úspěch léčby snižuje.

Literatura

1. Lorusso L, Mikhaylova SV, Capelli E, et al. Immunological aspects of chronic fatigue syndrome. *Autoimmun. Rev.* 2009; 8: 287–291.
2. Beard G. Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 1869: 217–221.
3. Evangard B, Schacterie RS, Komaroff AL. Chronic fatigue syndrome: a new insight and old ignorance. *J. Intern. Med.* 1999; 246: 455–469.
4. Gilliam AG. Epidemiological study on the epidemic, diagnosed as poliomyelitis, occurring among the personnel of Los Angeles County Hospital, during summer of 1934. *US Treasury Dept. Pub. Health Service Pub. Health Bull.* 1938; 240: 1–90.
5. Patarca-Montero R. Medical etiology, assessment, and treatment of chronic fatigue and malaise. *Haworth Press*, 2004: 6–7.
6. Acheson D. The clinical syndrome variously called benign myalgic encephalomyelitis, Iceland disease and epidemic neuromyasthenia. *Am. J. Med.* 1959; 26: 569–595.
7. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann. Int. Med.* 1988; 108: 387–389.
8. Wallace PG. Epidemiology: a critical review. *Brit. Med. Bull.* 1991; 47: 942–951.
9. Sharpe M, Archard I, Banatvala J, et al. CFS: guidelines for research. *J. R. Soc. Med.* 1991; 84: 118–121.
10. 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.
11. International classification of diseases, WHO 2007.
12. Carruthers BM, Jain AK, et al. *J. Chron. Fatig. Syndr.*, 2003; 11: 7–116.
13. <http://www.cdc.gov/cfs/PSAs/Geberding-launch.pdf>
14. Lombardi VC, Ruscetti FW, Jaydip Das Gupta, JD, et al. Detection of an infectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome. *Science* 2009; 326: 585–589.
15. Luyten P, van Houdenhove B, Pae CU, et al. Treatment of chronic fatigue syndrome: findings, principles and strategies. *Psychiatry Invest.* 2008; 5: 209–212.

RNDr. Petr Šíma, CSc.

Sektor imunologie a gnotobiologie
Mikrobiologický ústav, v. v. i., AV ČR
Václavská 1083, 142 00 Praha 4
sima@biomed.cas.cz
