УДК 616.8-008.6-053.2

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Л.С.Гудзевич, Р.А.Крешун

У статті наведено діагностичні критерії синдрому хронічної втоми (СХВ) як поліетіологічного захворювання імунної, нервової й ендокринної систем. Розглянуто особливості виявлення СХВ у дітей та підлітків. Основним напрямом терапії СХВ у дітей є санологічний, який включає нормалізацію режиму праці та відпочинку, сімейну психотерапію, лікувальну фізкультуру та застосування природних лікувальних факторів. Перелік наведених симптомів є важливими й необхідними для успішної практичної діяльності педагогів, сімейних лікарів та батьків для своєчасного й ефективного виявлення цього захворювання, що дозволить вчасно почати педагого-психологічну реабілітацію та лікування.

Ключові слова: *синдром хронічної втоми, діти, підлітки, реабілітація.*

CHRONIC FATIGUE SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

L.S.Hudzevych, R.A.Kreshun

Summary. *The article presents diagnostic criteria for chronic fatigue syndrome (CFS) as polietiologic diseases of the immune, nervous and endocrine systems.*

The attention is inverted on feature of displaying symptoms children and teenagers may show. It is suggested that in treatment of the children the methods of sanology should be applied: normalization of a parity of study and rest, physiotherapy exercises, medical physical exercises, psychotherapy, family therapy and use of natural medicinal factors. A list of the symptoms is important and necessary for successful practical activity of teachers, family doctors and parents for early and effective detection of the disease which will allow in time to begin pedagogical and psychological rehabilitation and treatment.

Keywords: *chronical fatigue syndrome, children, teenagers, rehabilitation.*

Постановка проблеми. Актуальним питанням медичної науки XXI століття постає проблема синдрому хронічної втоми (СХВ), яка за останні роки привертає до себе увагу фахівців різних країн світу. Найчастіше це захворювання зустрічається серед контингенту дітей віком від 5 до 19 років. За зведеними даними різних авторів, поширеність СХВ в популяції коливається в межах 1–10% [5; 9]. У США розповсюдженість СХВ серед підлітків віком 12–17 років становить від 3 до 116 випадків на 100 000 дитячого населення, в Ісландії – у 7% дітей виявляють дану патологію [10], за даними Richards і співавторів, в Австралії розповсюдженість СХВ серед дітей та підлітків віком 10–19 років складає 48 випадків на 100 000 дитячого населення [12].

На жаль, точних даних щодо поширеності СХВ серед дитячого населення України немає, проте за останні роки кількість випадків цієї патології значно збільшилася [3].

Існує думка, що це пов’язано з прискореними темпами життя, урбанізацією, економічною та екологічною нестабільністю, вимогливістю батьків до дитини, незбалансованим харчуванням, гіподинамією, радіацією [1, 6]. Крім вищезазначеного, часто в підлітковому періоді в організмі людини складаються умови підвищеної чутливості до дії чинників зовнішнього середовища та розвитку пограничних та патологічних станів [4].

Аналіз наукових досліджень з даного питання. У 1988 році синдром хронічної втоми вперше був виділений центром контролю за захворюваннями (The Centres for Disease Control) в Атланті (США) та внесений до Міжнародної класифікації хвороб як самостійне захворювання. За визначенням Національного інституту здоров’я США: «СХВ — це системне захворювання, з домінуванням дисфункції ЦНС, при якому втома являє собою лише один із симптомів» (National Institute of Health, USA, 1991).

Існує гіпотеза, що СХВ є генетично детермінованим захворюванням і йому притаманна певна сімейна схильність [1]. Також численні дослідження підтверджують прямий зв’язок між розвитком СХВ та психічною травмою, фізичним насильством. Доведено, що психічна або фізична травма, особливо нанесена в дитинстві, є підґрунтям для розвитку різноманітних патологічних станів, у тому числі і СХВ [12].

Етіологія СХВ до цього часу залишається нечітко визначеною і викликає гострі суперечки, однак нині більшість дослідників визнають поліетіологічність цього захворювання.

Метою даної статті є аналіз стану синдрому хронічної втоми в дітей та підлітків, визначення та обґрунтування чинників, що його викликають.

Виклад основного матеріалу. В останні десятиріччя невпинний інтерес науковців викликає дискусія, що стосується етіопатогенетичних факторів розвитку синдрому хронічної втоми (СХВ). Головними теоріями етіопатогенезу СХВ вважаються інфекційна (вірусна теорія), імунна (теорія порушень регуляції імунної системи) та нейроендокринна (теорія нейропсихічних розладів) [2, 4, 7].

© Л.С.Гудзевич, Р.А.Крешун

Найбільш обґрунтованою вважається теорія реактивації вірусної інфекції, причому в якості етіологічного фактора виступають герпес-віруси. Повністю не виключається можливість існування досі не ідентифікованого вірусу (найвірогідніше, з групи герпес-вірусів), у той час як інші вже відомі віруси (герпес, ентеро-, ретровірус та ін.) можуть відігравати другорядну роль, реактивуючись на тлі порушеного імунного статусу [2, с.13].

На наш погляд, найбільш близькою до істини та аргументованою є теорія порушення нейроендокринної регуляції. За базис нейроендокринної теорії патогенезу СХВ взято положення про порушення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. До екзогенних факторів, що викликають порушення гіпоталамо-гіпофізарно-адреналінового співвідношення, належать психоемоційні перевантаження, тривалі стресові ситуації, хронобіологічні зміни (порушення режиму праці та відпочинку, зміна часових поясів під час трансокеанічних перельотів). До цих факторів також можна віднести несприятливу екологічну ситуацію, вплив радіомагнітного випромінення та хімічних речовин, що містяться в продуктах харчування, побутовій хімії та медикаментах.

Різниця між клінічними проявами СХВ у дітей та дорослих обумовлена особливостями дитячого самосприйняття хвороби й відповідно відмінностями в головних скаргах дітей на порушення самопочуття та оцінкою цих скарг батьками та педагогами. При цьому підлітки можуть більш детально й об’єктивно оцінити свій стан, ніж діти молодшого шкільного віку.

Оскільки діти мають більшу лабільність компенсаторних можливостей, ніж дорослі, такі ознаки як втома, м’язова слабкість, головні болі в них найчастіше не мають виснажливого тривалого характеру.

Так, найчастіше діти скаржаться на запаморочення, роздратованість, болі в животі, відчуття жару або навпаки – озноби. Рецидивуючий характер захворювання в дітей є першою причиною неправильної оцінки стану дитини, коли прояви захворювання. відносять до особистих, поведінкових чи емоційних «безладів», особливо до «школофобії».

У той час як фізичні ознаки хвороби в дітей та дорослих схожі, відмінність у проявах психоемоційних порушень призводить до неправильного сприйняття хворої дитини [8]. Батьки, що в більшості є відповідальними за здоров’я дитини, можуть різними словами описувати особливості психоемоційного стану. Так, замість терміна «втома» найчастіше батьками вживаються такі описи поведінки дитини, як «дитина завжди сонна», «квола та роздратована», «сварлива й агресивна».

Діти з СХВ можуть відставати в навчанні, не беруть участі в рухливих іграх з однолітками. Експерти рекомендують, щоб учитель особливо уважно слухав батьків і дитину, вивчаючи особливості режиму дня та поведінки дитини в школі, вдома, на дозвіллі, у такий спосіб виявляючи найменші ознаки зниження особистої активності дитини.

Особливої уваги заслуговують мнестично-пізнавальні властивості хворої дитини [14]. Дорослі мають ясне сприйняття своїх пізнавальних можливостей, здатності до концентрації уваги й тому легко оцінюють зниження своїх психофізіологічних можливостей. Оскільки діти не в змозі об’єктивно оцінити цю сферу, то саме прогресуючі шкільні труднощі (погіршення успішності, невчасно виконані контрольні роботи, тести, труднощі із запам’ятовуванням навчального матеріалу) можуть бути оцінені як зниження їхньої особистісної та професійної активності [13].

Більшість дітей (до 63,6%), особливо підлітки, мають гострий початок хвороби, який характеризується раптовим проявом ознак у період від кількох днів до тижня, найчастіше хвороба розпочинається грипоподібною реакцією [4]. Найбільші труднощі в діагностиці трапляються у випадках поступового розвитку хвороби, коли діти чи батьки не можуть описати початок захворювання, необ’єктивно оцінюють зниження розумової та фізичної активності, оскільки вже не можуть порівняти з попередньою активністю до початку хвороби.

Важливим симптомом СХВ у дітей та підлітків є ортостатична інтолерантність. Під цим терміном розуміється різке коливання частоти серцевих скорочень (тахікардія) та падіння артеріального тиску в дітей та підлітків при зміні положення (різкий перехід від лежачого положення до сидячого чи стоячого). У здорової дитини зміна положень тіла компенсується нормальною барорефлекторною фукцією ВНС, що нівелює перепади тиску й коливання пульсу. При захворюванні на СХВ розлад нейроендокринної регуляції знижує адаптаційні можливості організму й призводить до виникнення ортостатичних станів у дітей [11].

За рекомендаціями Американської асоціації синдрому хронічної втоми та імунних дисфункцій, головним напрямком терапії СХВ у дітей є санологічне, що включає нормалізацію режиму праці та відпочинку, соціо- та сімейну психотерапію, лікувальну фізкультуру.

Першим кроком до цього є ознайомлення батьків, педагогів з інформацією про СХВ з метою формування правильного ставлення до хворої дитини. Діти, хворі на СХВ, потребують більш уважного, доброзичливого ставлення до себе. Враховуючи їхні труднощі в навчанні, можливим є тимчасовий перехід на менш інтенсивний курс зменшення обсягу шкільних та позашкільних завдань, відмова від дисциплінарних покарань. Дітям із СХВ необхідно більше часу для засвоєння матеріалу, недоцільне і

навіть шкідливе для дитини зниження успішності компенсувати додатковими заняттями, репетиторством, збільшенням позакласних завдань.

Хворим дітям необхідно більше часу для відпочинку, тому замість уроків фізкультури їм потрібна лікувальна гімнастика з дозованим навантаженням, переважно аеробного характеру.

Важливим моментом у реабілітації дітей із СХВ є сімейна психотерапія. Як показали дослідження, проведені в Великобританії, у сім'ях, де одна дитина починає хворіти на СХВ, прояви хвороби виникають у брата чи сестри [9]. При проведенні сімейного психологічного обстеження було ідентифіковано наступні фактори: зниження батьківської уваги та турботи про дітей; відсутність довірливої атмосфери в спілкуванні; нові обмеження, накладені на родинне життя хворобою дитини; зменшення уваги до здорової дитини, концентрація уваги та піклування про хвору. Усі ці фактори є стресогенними механізмами, які сприяють розвитку захворювання у попередньо здорової дитини.

Психологи рекомендують батькам, у родині яких хоча б одна дитина захворіла на СХВ, у жодному разі не ігнорувати потреби здорової дитини в спілкуванні. Здорова дитина повинна отримувати не меншу частку турботи, батьківської ласки, ніж хвора, спільні бесіди, ігри, сприятлива психологічна атмосфера і в родинному колі є першим кроком до одужання хворої дитини**.**

Важливим компонентом терапії СХВ у дітей є повноцінне харчування, яке має бути калорійним, частим (4-5 разів на добу), збагаченим вітамінами та мікроелементами, особливо магнієм [7].

Останнім часом все більше дослідників проблеми СХВ схиляються до думки, що неспецифічність факторів, які викликають СХВ, вимагають неспецифічного підходу до терапії захворювання [11]. Саме такими властивостями наділені природні лікувальні фактори (штучні та природні) та лікувальна фізкультура. Лікувальна фізкультура дозволяє хворій дитині визначати межі допустимих навантажень та розширювати руховий режим. Поступовість та методичність занять лікувальної фізкультури дозволяють не форсувати навантаження, та підготувати дитину до повноцінного життя та шкільних навантажень.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що СХВ є поліетіологічним захворюванням, в основі якого лежать дисфункції імунної, нервової й ендокринної систем. Основними чинниками розвитку виступають порушення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи та стресові реакції. Детальна характеристика наведених симптомів, особливостей перебігу синдрому хронічної втоми у дітей та підлітків необхідні для успішної практичної діяльності педагогів і сімейних лікарів та батьків, оскільки дозволить не тільки швидко й ефективно виявляти захворювання, але й вчасно починати повноцінне лікування.

Література

1. Бабов К.Д. Показники психоемоційного стану та вегетативної регуляції у дітей та підлітків з синдромом хронічної втоми / К.Д. Бабов, Т.М. Лобода, В.В. Стеблюк // Медицинская реабилитация. Курортология и физиотерапия. – 2003. – №3. – С. 3–5.

2. Крючко Т.О. До питання профілактики поствірусного синдрому втомлюваності у дітей з герпетичною інфекцією / Т.О. Крючко, Ю.М. Кінаш // Перинатология и педиатрия. – 2008. – №1. – С. 111–115.

3. Майданник В.Г. Синдром хронічного стомлення у дітей та підлітків / В.Г. Майданник, Н.М. Сотниченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – №4. – С. 48–53.

4. Синдром хронической усталости: диагностика лечение / Под ред. Ю.Б. Лобзина. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 79 с.

5. Стеблюк В.В. Синдром хронічної втоми у дітей та підлітків / В.В. Стеблюк, О.В. Бурлака // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – №4. – С. 41–43.

6. Чернишова О.В. Сучасні уявлення про етіологію та патогенез синдрому хронічної втоми у дітей та підлітків / О. В.Чернишова // Перинатологія та педіатрія. – №2. – С. 109–114.

7. Brimacombe M.D. Birfh order and its association with the onset of chronic fatigue syndrome / M.D. Brimacombe, D.A. Helmer, B.H. Notelson // Hum Biol- 2002. – Vol. 74, № 4. – P. 615–620.

8. Di Giorgio A. 24-hour pituitary and adrenal hormone profiles in chronic fatigue syndrome / A. Di Giorgio, M. Hudson, W. Jeries // J. Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67, № 3. – P. 433–440.

9. Gorrolda M. Chronic fatigue syndrome. Comparative study with emotial disorders / M. Gorrolda, L. Rongel // Eur. Child Adoiesc. Psychiolry. – 2005. – Vol. №8. – P. 424–430.

10. Rocciatti D. Chronic fatigue syndrome following a Toxic exposure / D. Rocciatti, J. Vecchiet, A. Ceccomandni // Sci. Total Environ. – 2001. – Vol. 270. – № 1-3. – P. 27–31.

11. Reeves W. Chronic fatigue syndrome – a clinically empirical approach to its definition and study / W. Reeves, D. Wagner, R. Nisenboum // BMC Med. – 2005. – № 15. – P. 3–19.

12. Richards J. Children and adolescents with CFS in non-specialisl setting: beliefs, functional impairment and psychiatric disturbance / J. Richards, J. Turk, S. White // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2005. – Vol. 14. – №6 – P. 308–310.

13. Vemon S.D. Evaluation of autoantibodies to common and neuronal cell aniigens in chronic fatigue syndiome / S.D. Vemon, W.C. Reeves // J. Autoimmune Dis.2005. – Vol. 25. – № 2–5. – P. 225–229.

14. Wallman K.E. Reliability of physiological Psychological and cognitive variables in chronic fatigue syndrome / K.E. Wallman, A.R. Morion, C. Goodman // Res. Sports. Med. – 2005. – Vol. 13. – № 3. – P. 231–241.