

Chůze: Je založena na strategii postupného zvyšování námahy, protože je známo, že onemocnění se zhoršuje již po minimální námaze. Jsou dvě formy symptomů – nahodilá chůze, kde rozhodnutí se zastavit (odpočívat nebo změnit aktivitu) je určeno uvědoměním si symptomů, a časově omezená chůze, která je určena aktivitou pacienta. Ti, jejichž nemoc je relativně stabilní, mohou postupně zvyšovat cvičení, ale musí si odpočinout, jakmile je jim jasné, že překročili svůj limit. Pokusy zjistily, že chůze má statisticky lepší výsledky než relaxačně-flexibilní terapie. Norská studie z roku 2009 ukázala, že chůze byla užitečná u 96 % účastníků (Shepherd, 2016). **Další léčba:** Je více poznatků, že účinná jsou antidepresiva, ale jejich efektivita nebyla dosud potvrzena. Někteří pacienti jsou citliví na chemické látky nebo potraviny. U pacientů se vyskytuje často placebo efekt, zřejmě vlivem jejich pozitivního očekávání.

Nedoporučuje se *dárcovství krve*. Zlepšení onemocnění nastalo po podávání síranu hořečnatého.

Vzhledem k oxidačnímu stresu lze doporučit následující antioxidanty: glutathion, N-acetylcystein, kyselinu alfa-lipoovou, oligomerní proanthocyanidiny, *Ginkgo biloba* a *Vaccinium myrtillus* (borůvky). Intolerance potravy může hrát roli v chronickém únavovém syndromu a v oxidaci cestou indukce cytokinů. Může být přítomna i celiakie při neurologických syndromech bez gastrointestinálních symptomů (Logan, 2001).

Terapie akupunkturou zlepšuje schopnost paměti a regulaci metabolismu volných radikálů v mozku. Snižuje hladinu malondialdehydu (produktu lipoperoxidace) a zvyšuje aktivitu mozkové SOD (superoxiddismutázy produkující peroxid ze superoxidu) (Steidl, 2001; Liu, 2013).

Světlo působí antidepresivně. Zvýšená produkce melatoninu je znamením zvýšené expozice tmě, tedy vhodná je terapie tmou, magnezíem, L-tryptofanem. Snížená produkce melatoninu, snížení hladiny magnezia mají vztah k poruchám spánku, migréně, chronickému únavovému syndromu, fibromyalgii a některým formám astmatu (Durlach, 2002).

Protože je u řady případů patrný vliv infekce, ač je stále nejasné, zda v roli jako příčiny, spouštěče či komplikace, může vyléčení probíhající infekce zlepšit stav nemocného.

Farmakoterapie je krokem z nouze, zkoušejí se nejrozličnější preparáty ze skupin antidepresiv, protizánětlivých látek, psychostimulancií, antialergik, antihypotenziv či dokonce podávání imunoglobulinů, nicméně s rozporuplnými výsledky, v některých případech s prokazatelným benefitem pro nemocného, ale v jiných studiích bez terapeutického úspěchu. Podávání epigalokatechin galátu (EGCG) zlepšilo stav i biochemické nálezy u chronického únavového syndromu (Sachdeva, 2011). Široké spektrum podávaných látek není omezeno jen na léky, doporučují se i vitaminy, minerály, fytotherapeutika a některé potravinové doplňky, opět bez rigorózního průkazu účinnosti.

Vedle farmakoterapie se v praxi lze setkat i s řadou nefarmakologických terapeutických postupů. Nemocným se doporučují nejrozličnější sportovní a pohybové aktivity. Někdy se zkoušejí i některé postupy alternativní medicíny, nicméně jejich výsledky jsou nejisté a rozporuplné, navíc řada takovýchto studií trpí vážnými metodologickými chybami.

Specifické místo v terapii CFS mají i psychoterapeutické postupy. Podle metaanalýzy J. R. Price a kolektivu zveřejněné

v roce 2008 v databázi Cochrane (Price, 2008) se jako nejvýhodnější jeví kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

Zlepšení: Většinou bylo 5%, ale pohybovalo se mezi 0–31 %. Problém byl i v matematickém hodnocení. U 5 studií bylo popsáno dokonce zhoršení stavu. Poměrně dobrý výsledek byl u pacientů, jejichž počáteční stav byl poměrně dobrý, lepší vyhlídky mají děti.

Vyléčení z CFS se pohybuje mezi 0–66 %. Uzdravení neodpovídá úplnému obnovení zdraví, ale je klasifikováno tak, že se nenajdou signifikantní změny ve fyzické aktivitě. Pacient může být klinicky zlepšen nebo se spíše adaptuje na onemocnění, než že nastane úplné uzdravení. Jsou doporučeny přísnější definice uzdravení s odstraněním únavy, obnovení funkcí, pacientovy schopnosti vnímat a čas uzdravení po fyzické námaze i mentální zátěži.

RIZIKOVÉ FAKTORY ÚNAVOVÉHO SYNDROMU

Všechny etické a rasové skupiny jsou náchylné k onemocnění, více jsou náchylné osoby s nízkým příjmem. V metaanalýze z roku 2009 při srovnání s bílými Američany a Afroameričany je signifikantně vyšší riziko CFS u Afroameričanů. Při porovnání žen a mužů má CFS 60–85 % žen v rozmezí 40–59 let věku. CFS je častější u dětí a adolescentů, ale prevalence u mužů možná není úplně správně uváděna (asi je trochu podhodnocena), ve věku 40–59 let je častější. Pokrevní příbuzní jsou častěji nemocní. Není důkaz, že CFS je nakažlivý.

Systematický přehled zahrnoval studia různých demografických, medicínských, psychologických a sociálních faktorů prostředí na výskyt CFS a našel řadu vztahů. Ovšem ukázal, že je nedostatek faktorů použitelných pro předpověď rizikovosti pacientů ve vztahu k CFS.

KOMORBIDITA

Mnoho pacientů s CFS má rovněž jiné zdravotní problémy nebo diagnózy. Běžná je komorbidní fibromyalgie. Ta se vyskytuje u velkého procenta pacientů na začátku a ve druhém roce, někteří autoři považují CFS a fibromyalgii za příbuzná onemocnění. Jak bylo zmíněno, mnoho pacientů s CFS má dráždivý tračník, bolesti temporomandibulárního kloubu, migrény nebo jiné formy myalgie. Ačkoliv pacienti s CFS mají signifikantně vyšší hodnoty současných poruch nálad než zdravá populace, cítí strach a depresi, což je reakce na ztrátu zdraví. Ve srovnání se zdravou populací mají muži častěji chronický pánevní bolestivý syndrom, u žen je častější endometrióza.

Více informací o fibromyalgii najdou čtenáři v kapitole Fibromyalgie v monografii Bolest (Hrnčíř, 2012).

Práce byla podpořena projektem Prvouk P34.

prim. MUDr. Václav Holeček, CSc.
Oddělení klinické biochemie
Mulačova nemocnice,
Dvořákova 17
320 02 Plzeň
e-mail: vholecek@volny.cz