

Red. Iwony Kielbasiewicz-Drozdowskiej, Wiesława Siwińskiego.-Poznań:AWF.-2001.-305 s.

31. Winiarski R. Wstęp do teorii rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem rekreacji fizycznej).- Kraków:AWF.-1989.- 144 s.
32. Wybrane zagadnienia rekreacji ruchowej // Pod. Red. Teresy Wolańskiej.- Warszawa:AWF.- 1991.- 276 s.

Надійшла до редакції 19.01.2007р.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Прихода И.В.

Луганский национальный педагогический
университет имени Тараса Шевченко

Аннотация. В обзоре рассматривается важная проблема клинической медицины – синдром хронической усталости, которому уделяется повышенное внимание в течение последних лет. Предпринимались попытки внедрения синдрома хронической усталости в клиническую практику, в связи с чем разрабатывались критерии его диагностики. Постановка клинического диагноза синдрома хронической усталости предполагает влияние на факторы риска немедикаментозными (изменение образа жизни) и медикаментозными средствами, которые могут уменьшить суммарный риск у пациентов с синдромом хронической усталости.

Ключевые слова: синдром хронической усталости, диагностика, лечение.

Анотація. Прихода І.В. Синдром хронічної втоми: питання діагностики й лікування. У огляді розглядається важлива проблема клінічної медицини – синдром хронічної втоми, якому надається підвищена увага протягом останніх років. Здійснювались спроби впровадження синдрому хронічної втоми у клінічну практику, у зв'язку з чим розроблялись критерії його діагностики. Постановка клінічного діагнозу синдрому хронічної втоми передбачає вплив на фактори ризику немедикаментозними (зміна стилю життя) та медикаментозними засобами, які можуть зменшити сумарний ризик у пацієнтів з синдромом хронічної втоми.

Ключові слова: синдром хронічної втоми, діагностика, лікування.

Annotation. Prikhoda I.V. Syndrome of chronic weariness: questions of diagnostics and treatment. The contemporary problem of clinical medicine – the chronic fatigue syndrome is reviewed in this article. In order to introduce chronic fatigue syndrome into clinical practice, several organizations formulated criteria for its diagnosis. A clinical diagnosis of the chronic fatigue syndrome is important because it affects life style modification, and therapeutic approaches in patients with risk factors, which may reduce the total risk in patients with chronic fatigue syndrome.

Key words: chronic fatigue syndrome, diagnosis, treatment.

Введение.

Синдром хронической усталости (СХУ) является чрезвычайно актуальной и сложной проблемой современной медицины в виду широкой распространённости в популяции, при этом прослеживается четкая тенденция к неуклонному росту заболеваемости. В США зарегистрировано около 5 млн больных СХУ, который относят к категории «пандемии неинфекционного заболевания» и «диванной чумы XXI века» [8]. Точные данные относительно распространённости СХУ в Украине отсутствуют, поскольку данное патологическое состояние пока не относится к категории болезни и не выделено в от-

дельную нозологическую форму [1, 2].

Термин СХУ впервые возник в США в 1984 году и означает беспричинную сильную общую усталость. Однако, сам феномен быстрой и длительной усталости известен довольно давно. Аналогичные состояния под названиями «неврастенический синдром», «астено-депрессивный синдром», «нейромиастения» описаны врачами в XIX веке. При этом следует отличать СХУ от просто усталости, обусловленной не заболеванием, а природной реакцией организма на нагрузку, сигналом о том, что ему очень нужен отдых. СХУ – это беспричинная сильная общая усталость [2].

СХУ наблюдается преимущественно у взрослых лиц, независимо от возраста и профессиональной принадлежности. Установлено, что СХУ в два раза чаще встречается у мужчин, имеющих высшее образование и занимающихся умственным трудом. Все вышеперечисленное дает основание назвать СХУ «болезнью бизнесменов» [3, 7]. Следует отметить, что дети также страдают СХУ [3]. Точная статистика заболеваемости детей отсутствует, однако установлен рост количества случаев СХУ у детей на протяжении последних лет [6]. Подобную неблагоприятную тенденцию связывают с прогрессивно возрастающими информационными, нейropsychическими и физическими нагрузками, а также с процессами всемирной глобализации и урбанизации [1, 2, 3].

Работа выполнена по плану НИР Луганского национального педагогического университета имени Тараса Шевченко.

Формулирование целей работы.

Вопрос об этиологии и патогенезе СХУ нельзя считать окончательно решённым. Предполагают, что он развивается в результате хронического стресса, во время длительных умственных и/или физических напряжений, приводящих к «истощению» организма. Всё это обусловлено быстрыми темпами жизни, урбанизацией, социально-экономической и политической нестабильностью. Также развитие СХУ связывают с загрязнением окружающей среды (особенно токсическими продуктами), несбалансированным питанием, гиподинамией, влиянием радиации. Существует гипотеза о генетической детерминированности СХУ и присущей ему семейной склонности. Высказываются мысли о возможной роли инфекционного агента: «пенистого» вируса, вирусов герпеса 6, 7, 8 типов, Эпштейна-Барр, цитомегаловируса. Не исключают значения и нарушения нейроэндокринной регуляции в организме [1, 4].

Результаты исследований.

Японские исследователи называют СХУ аутоиммунным синдромом усталости (Autoimmune fatigue syndrome – AIFS). Они допускают важную роль аутоиммунного механизма в патогенезе СХУ, так как во время исследования пациентов с этим патологическим состоянием более чем у половины были выявлены антинуклеарные антитела. Также

они установили, что аутоиммунный синдром усталости связан с антигенами HLA-B61 и HLA-DR9, что ещё раз подтверждает генетическую детерминированность этого состояния [9].

Существует мнение, что СХУ является проявлением психических расстройств. Неврологи считают СХУ проявлением вегетативной дисфункции, потому что при всяких заболеваниях внутренних органов и/или нарушениях опорно-двигательного аппарата всегда в той или иной степени нарушается функция вегетативной нервной системы [1].

Всё вышеуказанное приводит к различным спорам вокруг СХУ, поэтому это патологическое состояние до сих пор не обрело статус отдельной нозологической формы.

Клиническая картина СХУ отличается большим разнообразием. Заболевание может дебютировать как постепенно – в результате действия постоянного стресса и внезапно – после острого стресса или перенесенной инфекции [2, 4, 5]. Пациенты предъявляют огромную массу самых разнообразных жалоб, связанных с плохим самочувствием и стремятся отыскать у себя какое-либо соматическое заболевание. Подобное отношение к заболеванию в конечном итоге приводит к ускорению прогрессирования СХУ и дальнейшему субъективному ухудшению состояния, то есть к формированию своеобразного “порочного круга”: стресс (перенесенная инфекция) ! возникновение разнообразных жалоб ! ухудшение самочувствия ! поиск соматической патологии ! отсутствие “нужной” болезни ! стресс.

Диагностика СХУ достаточно сложна. Во время объективного обследования у больных с СХУ выявляют разнообразные функциональные расстройства, в виду чего некоторые авторы рассматривают СХУ вариантом проявления вегетативной дисфункции [1, 2, 4]. В связи с этим Американской коллегией ревматологов выделены диагностические критерии СХУ. Существует 2 основных и 11 дополнительных диагностических критериев СХУ [10].

Основные диагностические критерии:

1. Внезапное возникновение слабости и ее прогрессирование, отсутствие эффекта после отдыха. Снижение трудоспособности на протяжении последних 6 месяцев.

2. Отсутствие других заболеваний или причин, способных вызвать такую усталость.

Дополнительные диагностические критерии:

1. Прогрессирующая или длительная усталость, особенно после физических нагрузок, которые раньше переносились легко.

2. Субфебрилитет.

3. Частая боль в горле.

4. Болезненные лимфоузлы.

5. Мышечная слабость.

6. Миалгии.

7. Нарушение формулы сна (бессонница но-

чью и сонливость днём).

8. Частая головная боль.

9. Мигрирующая боль в суставах.

10. Нейропсихические расстройства (повышенная чувствительность к свету, расстройства зрения, ухудшение памяти, раздражительность, нерешительность, низкая самооценка, снижение концентрации внимания).

11. Депрессия или постоянные беспричинные колебания настроения.

Во время объективного обследования у больных выявляют разнообразные функциональные расстройства, поэтому считают такое состояние проявлением вегетативной дисфункции.

Лечение СХУ должно быть строго индивидуальным, системным, комплексным, патогенетически обоснованным и длительным. Оно предусматривает адекватную немедикаментозную и медикаментозную терапию [2, 3, 4, 5, 6, 8].

Медикаментозное лечение включает рациональную индивидуальную психотропную терапию (седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты), ноотропную и адаптогенную терапию.

Наибольшие проблемы у практического врача возникают при выборе препаратов для лечения больных с СХУ. Как правило, это молодые и среднего трудоспособного возраста, ведущие активный способ жизни и зачастую занимающие высокое общественное положение. При этом, клиническая картина СХУ фактически проявляется неврозоподобным синдромом, нередко без четко очерченной неврологической симптоматики, обусловленным патологическими реакциями высшей нервной деятельности на развивающуюся профессиональную и социальную дезадаптацию.

Выводы.

К проблемам терапии данного заболевания принадлежит полипрагмазия (одновременное назначение большого количества препаратов, нередко – однонаправленного действия), трудности при выборе оптимального препарата из многих существующих средств, назначение препарата без учёта его системного действия и т. д. Об этом также свидетельствует отсутствие “золотого стандарта” в лечении данной патологии. Поэтому поиск новых эффективных препаратов и их комбинаций является одной из приоритетных задач современной клинической медицины.

Вследствие наличия у многих больных разнообразных психологических проблем, являющихся не только причиной, но и поддерживающими факторами СХУ, эти больные требуют обязательной консультации психолога или психотерапевта. Наилучший эффект даёт семейная психотерапия [2].

Таким образом, СХУ остаётся довольно интересной и одновременно серьёзной медицинской проблемой. Несмотря на определённые достижения в изучении данной патологии, много в генезе

заболевания остаётся непонятным и требует дальнейших научных исследований.

Литература

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства // Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1998. – 624 с.
2. Хайтович М., Чернишова О. Синдром хронічної втоми // Ліки України. – 2004. – № 10(87). – С. 97 – 98.
3. Arpino C., Carrieri M.P., Valesini G. et al. Idiopathic chronic fatigue syndrome: a comparison of two case-definitions // Ann. Ist. Super. Sanita. – 1999. – Vol. 35(3). – P. 435 – 441.
4. Brimacombe M., Helmer D.A., Natelson B.N. Birth order and its association with the onset of chronic fatigue syndrome // Hum. Biol. – 2002. – Vol. 74(4). – P. 615 – 620.
5. Butler J.A., Chalder T., Wessely S. Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners // Psychol. Med. – 2001. – Vol. 31(1). – P. 97 – 105.
6. Garralda M.E., Rangel L. Annotation: chronic fatigue syndrome in children and adolescents // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2002. – Vol. 43(2). – P. 169 – 176.
7. Hardt J., Buchwaldt D., Wilks D. et al. Health-related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome: an international study // J. Psychosom. Res. – 2001. – Vol. 51(2). – P. 431 – 434.
8. L.A.Jason, R.R.Taylor, C.I.Kennedy et al. Chronic fatigue syndrome sociodemographic subtypes in a community-based sample // Eval. Health Prof. – 2000. – Vol. 23(3). – P. 243 – 263.
9. Itoh Y., Igarashi T., Tatsuma N. Immunogenetic background of patients with autoimmune fatigue syndrome // Autoimmunity. – 2000. – Vol. 32 (3). – P. 193 – 197.
10. Cognitive functioning in chronic fatigue syndrome and the role of depression, anxiety and fatigue / Short K., McCabe M., Tooley G. // J. Psychosom. Res. – 2002. – Vol. 52(6). – P. 475 – 483.

Поступила в редакцию 27.12.2006г.

ТРЕНАЖИ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ РЕГУЛЯРНОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ КУРСАНТАМИ ТЕХНИЧЕСКИХ ВВУЗов

Романчук В.Н.

Житомирский военный институт радиоэлектроники им. С.П.Королева

Аннотация. Недостаточная эффективность системы физической подготовки в ВВУЗах обуславливает необходимость поиска путей ее совершенствования. Рациональным решением проблем организации и проведения физической подготовки является введение новых форм.

Ключевые слова: курсанты, физическая подготовка, систематичность, планирование, тренажи по физической подготовке.

Анотація. Романчук В.М. Тренажі як спосіб підвищення регулярності занять фізичними вправами курсантами технічних ВВНЗ. Недостатня ефективність системи фізичної підготовки у ВВНЗ обумовлює необхідність пошуку шляхів її вдосконалювання. Рациональним рішенням проблем організації й проведення фізичної підготовки є введення нових форм.

Ключові слова: курсанти, фізична підготовка, систематичність, планування, тренажі з фізичної підготовки. Annotation. Romanchuk V.N. Drills as the way to raise the regularity of physical training of military students of technical higher military educational establishments. Insufficient effectiveness of the system of calisthenics at higher military educational establishments calls out the necessity of searching the ways of its perfection. The rational decision of the problem of organization and realization of

calisthenics is the introduction of new forms.

Keywords: military students, calisthenics, systematic character, planning, calisthenics drills.

Введение.

Содержание учебно-воспитательного процесса предусматривает два двухчасовых занятия по дисциплине «Физическое воспитание, подготовка и спорт» в сетке расписания учебных занятий. Проведенные нами исследования определили определенные недостатки в планировании занятий физической подготовки в ВВНЗ [1, 5, 6]:

- большой промежуток между занятиями (от 4 до 9 дней), это не позволяет предоставить курсантам соответствующей физической нагрузки, достаточной для развития физических качеств. В среднем на весь период обучения, количество нарушений планирования в данном направлении составляет 25,2% занятий;
- проведение занятий первой или второй парами (в среднем 23,9% всех занятий), такое планирование приводит к тому, что курсанты после высокой физической нагрузки, полученной на занятии с ФП, не в полной мере возобновляются, что снижает качество восприятия материала на следующих занятиях.

Помимо недостаточно эффективного планирования существует не менее важное направление исследований в данной области – систематичность посещения занятий по физической подготовке.

Посещение курсантами занятий, которые запланированы до обеда имеют незначительный процент пропусков занятий (рис. 1). Это обусловлено тем, что на данное время не планируются внеучебные мероприятия.

Необходимо более детально исследовать посещение курсантами занятий, которые запланированы после обеда. Согласно расписанию дня, после обеда планируются такие мероприятия, как: инструктаж суточного наряда, посещение врача, помывка в бане, проведение строевых смотров, смотров строевой песни и т.д. В большинстве случаев это общеинститутские мероприятия, на которые привлекаются 100% личного состава, учитывая преподавателей.

Укажем, что на 1-м и 2-м курсах обучения, когда происходит развитие общих физических качеств, на основе которых в дальнейшем развиваются профессионально-прикладные навыки, курсанты пропускают 16,8% и 28,2% занятий соответственно. Также отмечаем, что на 3-м и 4-м курсах обучения, когда формируются навыки индивидуального физического совершенствования и методические навыки проведения занятий по физической подготовке курсанты пропускают 35,7% и 40% занятий соответственно.

В среднем 30% группы отсутствуют на занятиях, при этом, некоторые курсанты могут быть отсутствовать на нескольких занятиях подряд (табл. 1). Более детальный анализ выявил, что 35,6% курсантов пропускают более трети занятий по физичес-