

# STANDARD

## diagnostiky, léčby a dispenzární péče k nemoci ME/CFS/PVFS

(návrh Zdr. postiž. ME/CFS – ČR pro lékařskou praxi ze dne 14.6.2010)

### čl. 1

#### Obecné ustanovení

U zdravého člověka lze únavu považovat za normální, je-li výsledkem přiměřené denní zátěže ať již fyzické, smyslové, duševní, mentální, tedy je-li adekvátní překonané zátěži či podanému výkonu. U pacientů s nemocí benigní myalgická encefalomyelitida/chronický únavový syndrom/postvirový únavový syndrom (dále jen ME/CFS/PVFS) je typicky poškozen běžný model únavy a bolesti vztahující se ke kauzální akci, kdy spánkem a odpočinkem nedochází k vyrovnávání biologických rytmů organismu a k regeneraci sil. Únava jako hlavní (subjektivní) klinický projev nemoci ME/CFS/PVFS musí mít definovaný začátek. Bývá popisována jako těžká, zneschopňující a postihující fyzické a duševní funkce a je přítomna minimálně 6 měsíců, během kterých je přítomna minimálně 50 % času a omezuje společně s dalšími symptomy minimálně 50 % aktivit dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF).

#### **Klasifikace chronického únavového syndromu, benigní myalgické encefalomyelitidy a postvirového únavového syndromu**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN – 10 Světové zdravotnické organizace je **chronický únavový syndrom (CFS) od r. 1994 zaříděn v jejím třetí svazku (Abecední seznam pod písm. S) v kapitole VI. Nemoci nervové soustavy pod kódem G93.3.** Ekvivalentními diagnózami jsou benigní myalgická encefalomyelitida (zkr. ME), postvirový únavový syndrom (zkr. PVFS) uvedené v **prvním svazku MKN-10 (Tabelární seznam) rovněž pod kódem G93.3.**

### čl. 2

#### Etiologie

Etiopatogeneze je dosud neznámá. Vědci dále zkoumají možné příčiny, rizikové faktory a spouštěcí faktory pro ME/CFS/PVFS. **Je prokázáno**, že rozvinutí ME/CFS/PVFS nejčastěji předchází výskyt infekce.

Průlomový výzkumný projekt C3 (CFS Computational Challenge) z oblasti genomiky a proteomiky, doposud světově nejrozsáhlejší projekt realizovaný americkým Centrem pro kontrolu nemocí, ukončený v r. 2006, **prokázal biologickou podstatu CFS** a potvrdil tak výsledky více než 4000 studií, které rovněž zdokumentovaly objektivní patologické nálezy u pacientů s ME/CFS/PVFS.

Doposud bylo učiněno deset základních světových vědeckých objevů o biologické podstatě ME/CFS/PVFS a to:

#### Deset objevů o biologické podstatě CFS

*Shrnutí světových vědeckých výzkumů nemoci CFS - vydáno dne 03. 08. 2007*



Níže uvedené shrnutí výsledků světových výzkumů o CFS zpracoval Anthony Komaroff, MD, profesor lékařství na Harvardské lékařské fakultě, vedoucí editor zdravotnických publikací Harvard Health Publications.

Dr. Komaroff pokračuje ve výzkumném programu CFS, dosud publikoval přes 230 vědeckých článků a příspěvků do knižních publikací.

1. Chronický únavový syndrom není formou deprese, a mnozí pacienti s CFS nemají diagnostikovanou žádnou psychiatrickou poruchu. Je to jako u většiny chronických onemocnění - někteří pacienti s CFS se dostanou do deprese následkem dopadů nemoci na jejich životy, ale studie vesměs zjistily, že většina pacientů neměla před příchodem nemoci s depresí zkušenost.
2. CFS je stavem chronicky nízkého stupně imunitní aktivity. Je prokázána aktivace T buněk, aktivace genů odrážející imunitní aktivaci a zvýšená hladina chemických látek v imunitním systému zvaných cytokiny.
3. Existují významné doklady o špatně fungujících NK buňkách (natural killer cells) - leukocytech důležitých pro boj s virovými infekcemi. Studie se liší v názoru, jestli se u pacientů s CFS vyskytuje zvýšené množství NK buněk.
4. Vyšetření provedená magnetickou rezonancí našla u pacientů s CFS abnormality v bílé hmotě v mozku. Typicky se jedná o malé oblasti (zlomky centimetru) přímo pod kůrou mozkovou, v neokrajovější oblasti mozkových hemisfér. Byly rovněž pozorovány změny v objemu šedé hmoty.
5. Pomocí jednofotonové emisní tomografie (SPECT) a pozitronové emisní tomografie (PET) byly u lidí s CFS odhaleny abnormality v mozkovém metabolismu. Jiné studie vyslovují hypotézu, že nefunguje správně energetický metabolismus a oxidační elektronový přenosový řetězec v mitochondrii pacientů s CFS.
6. U pacientů s CFS se vyskytují abnormality v mozkovém neuroendokrinním systému, obzvláště stlačení hypotalamo – hypofýzárně – nadledvinové osy (HPA osy), ale také hypotalamicko - prolaktinové osy i osy hypotalamicko - růstový hormon.
7. U pacientů s CFS jsou běžné kognitivní poruchy. Nejčastěji dokumentovanými odchylkami jsou problémy se zpracováním informací, pamětí a/nebo udržením pozornosti.
8. Mnohé nezávislé výzkumy prokázaly odchylky v autonomním nervovém systému. Jedná se o neschopnost těla udržovat krevní tlak, když osoba vstane, abnormální tepovou frekvenci v reakci na vstanutí a neobvyklé proudění krve v žilách v nohou. Některé studie také vykazují nízkou hladinu krevního objemu.
9. Pacienti s CFS mají porušenou expresi genů, které jsou důležité pro energetický metabolismus. Energie pochází z určitých přírodních chemických látek, které jsou uvnitř každé buňky zpracovávány enzymy. Tyto enzymy jsou řízeny specifickými geny. Další výsledky genomických výzkumů odhalují zapojení genů spojených s aktivitou HPA osy, sympatického nervového systému a imunitních funkcí.
10. Jsou prokázány častější latentní aktivní infekce různých herpesvirů a enterovirů. Herpesviry zahrnují Epstein-Barr, HHV-6 a cytomegalovirus. Jiní infekční činitelé jako bakterie způsobující Lymfskou boreliózu. Ross River virus nebo atypická pneumonie mohou také vyvolat CFS.

### čl. 3

#### **Stanovení diagnózy**

TYPICKÝM PŘÍZNAKEM CFS JE ABNORMÁLNÍ VYČERPÁNÍ PO NÁMAZE. Jde o pokles fyzické a mentální energie nepřiměřený předchozí zátěži, prudké svalové a kognitivní vyčerpání a o celkové zhoršování ostatních pacientových symptomů po námaze. Charakterizuje je patologicky pomalé zotavování z ponámahového zhoršení (více než 24 hodin), ale chronická únava zůstává i po zotavení z prodělaného ponámahového zhoršení stále přítomna.

#### **Holmesova kritéria pro diagnostiku CFS z r. 1988**

##### **Velká (hlavní) kritéria**

1. Únava či snadná unavitelnost až vyčerpanost (nově vzniklá bez dřívějších potíží, neodeznívající po odpočinku, snižující výkonnost pod 50 % předešlé aktivity a trvající alespoň půl roku.
2. Vyloučení jiných možných příčin únavy (malignity, autoimunitní onemocnění, alergie, imunodeficity, lokalizované infekce, chronické a subakutní bakteriální nemoci, systémové mykózy, parazitární nemoci, chronické zánětlivé nemoci, neuromuskulární onemocnění, endokrinní a metabolická onemocnění, chronické psychiatrické nemoci, dlouhodobé užívání léků, závislosti, působení toxických látek aj.).

### Malá (symptomová) kritéria

1. Zvýšená teplota, zimnice.
2. Bolesti v krku.
3. Citlivost až bolestivost krčních či axilárních uzlin.
4. Nevysvětlitelná generalizovaná svalová slabost.
5. Myalgie.
6. Prodloužená (trvající 24 hod a více) celková únava po dříve běžně tolerované námaze.
7. Bolesti hlavy.
8. Migrující artralgie bez otoků a zánětu.
9. Neuropsychické potíže (zapomnětlivost, podrážděnost, špatná koncentrace, deprese, zmatenost).
10. Poruchy spánku.
11. Náhlý vznik potíží (hodiny až dny).

### Fyzikální kritéria (objektivní příznaky)

1. Zvýšená teplota.
2. Chronická faryngitida.
3. Zvětšené či citlivé lymfatické uzliny kolem kývačů nebo v axilách (2krát během 1 měsíce).

### Pro stanovení diagnózy G93.3 musí být splněna

1. Obě velká kritéria, 6 z 11 malých kritérií a 2 ze 3 fyzikálních kritérií.
2. Nebo obě velká kritéria a 8 z 11 malých, pokud fyzikální nejsou k dispozici.

### Vyřazení

Při diagnostice ME/CFS/PVFS je nezbytný náročnější diagnostický program směřující k diferenciální diagnostice chorob, které objasní většinu hlavních symptomů, a jež by bylo tragické opomenout. **Je nutné vyřadit aktivní chorobné procesy** - infekční nemoci jako chronická hepatitida, lymeská borelióza, chlamydiová, mykoplasmová infekce, AIDS aj.; rakovina; vážné poruchy imunity jako závažné imunodeficity a autoimunitní nemoci jako lupus, sarkoidóza; endokrinní poruchy jako hypotyreóza, hypertyreóza, Addisonova choroba, Cushingův syndrom; metabolické poruchy, cukrovka, deficiencie B12, nedostatek železa, další léčitelné formy chudokrevnosti, hemochromatóza; neurologické choroby jako skleróza multiplex (MS), Parkinsonova choroba, myasthenia gravis; revmatologické poruchy jako revmatoidní artritida, polymyositida a polymyalgia rheumatica (PMR); primární psychiatrické poruchy a zneužití omamných látek. Zvážit i léčitelné spánkové poruchy jako syndrom zvýšeného odporu v HCD (UARS) a obstrukční nebo centrální spánkovou apnoe.

### Bez vyřazení

Pokud je diagnostikované určité onemocnění, které potenciálně může objasnit hlavní symptomy pacienta, pod kontrolou (např. substitučně kompenzovaná Hashimotova thyroiditis), a i přesto symptomy přetrvávají, je možné stanovit diagnózu CFS, pokud pacient jinak Holmesova kritéria splňuje. **Přítomnost léčebně kompenzovaných onemocnění nevyklučuje stanovení dg. G93.3.** Tato onemocnění mohou vývoji ME/CFS/PVFS předcházet či probíhat v souběhu s ním. ME/CFS/PVFS pak může být i přes přítomnost souběžných onemocnění základním nejvíce invalidizujícím onemocněním.

### Nejčastější současně se vyskytující (komorbidní) entity

Fibromyalgický syndrom (FMS), bolestivý myofasciální syndrom (MPS), temporomandibulární kloubní syndrom (TMJ), chronický vertebrogenní algický syndrom, syndrom dráždivých střev (IBS), intersticiální cystitis, syndrom dráždivého močového měchýře, Raynaudův fenomén, prolaps mitrální chlopně, deprese, migréna, alergie, mnohočetná chemická senzitivita (MCS), Hashimotova thyroiditis, sicca syndrom atd.

Tyto komorbidní entity se mohou vyskytovat při CFS. CFS a FMS se často těsně propojují a mohou být považovány za „překryvné syndromy.“

## Doporučená vyšetření\*

FW, KO+diff., CRP, moč+sed., jaterní testy, urea, kreatinin, Na, K, Cl, Ca, P, Mg, glykémie, ELFO bílkovin, TSH, RTG hrudníku, EKG (standardní laboratorní vyšetření u všeobecného praktického lékaře či praktického lékaře pro děti a dorost).

**Ačkoliv neexistují specifická vyšetření pro stanovení diagnózy CFS, časté nálezy, u nichž je výzkumně doložena obvyklá přítomnost u ME/CFS/PVFS a mohou tak napomoci k zobektivizování stavu nemocného, jsou**

- ✓ mírný imunodeficit,
- ✓ chronická imunitní aktivace, aktivace T buněk (jejich zvýšení) a zvýšená hladina cytokinů,
- ✓ poruchy NK buněk,
- ✓ častější skryté aktivní infekce různých herpesvirů a enterovirů. Např. EBV, HSV, HHV-6 a cytomegalovirus,
- ✓ abnormality v bílé hmotě v mozku. Typicky se jedná o malé oblasti (zlomky centimetru) přímo pod kůrou mozkovou, v nejkrajovější oblasti mozkových hemisfér,
- ✓ stlačení HPA osy,
- ✓ odchylky v autonomním nervovém systému. Jedná se o neschopnost těla udržovat krevní tlak, když osoba vstane, abnormální tepová frekvence (tachykardie),
- ✓ kognitivní poruchy. Nejčastěji dokumentovanými odchylkami jsou při jakémkoli zatížení problémy se zpracováním informací, paměť a/nebo udržením pozornosti.

*\* Volba doporučených vyšetřovacích postupů musí být učiněna na návrh praktického lékaře pro dospělé či praktického lékaře pro děti a dorost, odborného ošetřujícího lékaře ambulantního a lékaře při hospitalizaci v nemocnici, který se rozhoduje podle anamnestických údajů a objektivního vyšetření. Neznamená to tedy, že musí být provedena všechna vyšetření.*

## Pozn.

*Není vhodné aplikovat zátěžové vyšetření organismu, neboť nedokáže zachytit rozhodující faktor, kterým je výskyt ponámahového zhoršení symptomů, jež nastupuje až po podstoupené zátěži. Z toho důvodu by bylo nutné následné sledování trvajícím nejméně 3 dny a to za současného podstupování každodenní běžné fyzické, smyslové a duševní zátěži.*

## čl. 4 Léčba

Klinický průběh, příznaky a závažnost ME/CFS/PVFS se značně liší od pacienta k pacientovi. Často se vyskytuje přerušovaný průběh – období relapsů a remise. Není zatím dostupný žádný kauzální lék, nicméně lékař je obvykle schopen pomoci snížit závažnost pacientových příznaků. Prozatím nejvýznamnější součástí léčení zůstává klidový šetřící režim a symptomatická léčba vycházející z hlavních potíží nemocného. Uplatňuje se zde individuální přístup cíleného ovlivňování jednotlivých projevů choroby. Všeobecný praktický lékař či praktický lékař pro děti a dorost se pokusí vypracovat nejlepší plán ošetření pacienta pro úlevu od negativních zdravotních projevů a pro zlepšení kvality jeho života.

Pacienti si stěžují na řadu primárních příznaků. Lékař by se měl dotázat pacienta, které příznaky jsou nejhorší a přizpůsobit podle toho plán léčby. Primární symptomy mohou zahrnovat problémy s neobnovou energetického potenciálu po adekvátním odpočinku a spánku, chronickou únavu a nevolnost po námaze, malátnost, bolest v krku, bolesti svalů a kloubů, bolesti hlavy, problémy se spánkem, kognitivní dysfunkce. Velmi časté jsou též gastrointestinální potíže, tachykardie, ortostatická intolerance, závratě, náchylnost k infekcím a alergie a další negativní zdravotní projevy. Efekt mohou přinášet léky působící proti bolesti a zánětu, snižující teplotu, antibiotika, antivirotika (obojí na zákl. infektologického vyš.), imunostimulační preparáty (na základě imunologického vyšetření), nízkodávkovaná antidepresiva pro lepší snášení dlouhodobých negativních zdravotních dopadů na nemocného a zmírnění bolesti, aj.

## Léky na předpis

Obecná pravidla pro farmakologickou symptomatickou léčbu neurologické nemoci ME/CFS/PVFS jsou:

- podle možností předepisujte co nejméně léků zároveň
- tam, kde je to možné, snižte počáteční dávku, protože mnoho pacientů je velmi citlivých na léky, zejména na ty, které působí na centrální nervový systém. Zkuste na začátek předepisovat zlomek obvyklé doporučené dávky a postupně ji zvyšujte podle potřeby a tolerance pacienta.
- na dostavení se výsledků léčby stanovte dost času, aby se prokázal její efekt a vyloučily se nespecifické „placebo“ efekty (přibližně tři měsíce),
- nepřestávejte ověřovat účinnost léčby, abyste zjistili, zda je její užití nadále nutné,
- pochopte, že může být nutné systematicky vyzkoušet nejrůznější terapie. Lék, který pomáhá jednomu pacientovi, může být pro druhého neúčinný. Nemáme k dispozici žádnou jasnou kauzální specifickou léčbu. Při hledání vhodné léčby pro pacienta je třeba trpělivosti a zkoušení, hledání efektivní léčby prozatím zůstává individuální metodou pokusu a omylu.
- vždy upozorněte pacienty na možné vedlejší účinky. Sledujte nežádoucí účinky léků, jako je zvýšení hmotnosti, sekundární únava, utlumení přes den, kognitivní problémy a poruchy spánku. Buďte opatrní na návykový potenciál benzodiazepinů.

Zároveň je nutné kvalitně léčit a pečlivě sledovat nově vzniklé komplikace nebo choroby vyskytující se u pacienta ještě před vypuknutím ME/CFS/PVFS, protože jakákoli zátěž vede u pacientů s ME/CFS/PVFS k dekompenzaci stavu.

Včasná symptomatická léčba není zárukou vyléčení pacienta, ale vede ke zlepšení prognózy, ke zmírnění dopadů nemoci na jeho život, směřující k zachování co nejvyšší kvality jeho života a pokud možno návratu k průčeschnosti.

Bohužel není mnoho dat o rychlosti zotavení z ME/CFS/PVFS; ale statisticky to vypadá, že **nejlepší naděje na uzdravení je v prvních pěti letech nemoci při včasném zásahu**, tj. pro úspěšnost léčby prvotně **okamžitě zajištění klidového a šetřícího režimu**, zahájení odpovídající diagnostiky, adekvátní zdravotní péče a řešení zajištění hmotných podmínek.

Léčba osob s ME/CFS/PVFS je obtížná, vyžaduje od všeobecného praktického lékaře či praktického lékaře pro děti a dorost citlivý přístup a trpělivost. Pacienta je třeba vhodně informovat, že je tu reálná naděje na vyléčení nebo zlepšení jeho omezených či téměř nulových pracovních a rekreačních aktivit, a upozornit ho i na skutečnost, že diagnostika jeho negativního zdravotního stavu může být rozsáhlejší, než bývá u jiných nemocí. Kvalitní komunikace lékaře s pacientem je nutná pro získání informovaného souhlasu pacienta s navrženým diagnostickým a léčebným postupem.

## čl. 5

### Postupové kroky

**I.** Pacient se obrátí se svými potížemi na svého všeobecného praktického lékaře či praktického lékaře pro děti a dorost, který vystaví pracovní neschopnost (**tím zajistí základní, naprosto nezbytné podmínky klidového a šetřícího režimu**), zajistí základní zdravotnickou dokumentaci – pečlivou anamnézu, fyzikální vyšetření, standardní laboratorní vyšetření (viz čl. 3).

Pokud na základě těchto vyšetření všeobecný praktický lékař či praktický lékař pro děti a dorost ani za spolupráce ambulantních specialistů nestanoví určitou základní diagnózu, která může přesvědčivě vysvětlit zdravotní potíže pacienta, odešle pacienta na spádové infekční oddělení nemocničního zařízení se sdělením dosavadních výsledků provedených vyšetření.

**II.** Lékař infekčního oddělení nemocničního zařízení provede zevrubné infektologické vyšetření (event. při krátkodobé hospitalizaci), kterým se pokusí odhalit chronicky probíhající či relabující infekční chorobu jako příčinu zdravotních potíží pacienta. Dle intenzity obtíží doporučí nebo upraví terapii. Je nutno počítat až s několikatydenní prodlevou, než se sumarizují všechny laboratorní nálezy a je možno učinit diagnostický závěr. U již přeléčených bakteriálních infekcí, kdy eradikace plně neodstraní původní symptomy, nelze podcenit výskyt latentně probíhající infekce, kdy laboratorní hodnoty mohou vykazovat pouze hraniční či slabě pozitivní nález.

**III.** Pokud nelze stanovit etiologicky zcela objasněnou diagnózu, měl by být pacient krátkodobě hospitalizován na infekčním oddělení spádové krajské nemocnice, či na infekční klinice fakultní nemocnice. Během této hospitalizace se provedou náročnější vyšetření, např. vyšetření mozkomíšního moku. Dále budou provedena konziliární vyšetření (komplexní neurologické, endokrinologické, imunologické, hematologické, revmatologické, psychiatrické a další). Konziliární vyšetření jsou však indikována podle individuálního klinického obrazu. Základním vodítkem musí být klinický obraz u nemocného.

**IV.** Na základě uvedených vyšetření a postupových kroků (viz. čl. 3 a čl.5 I.-III.), na základě vyloučení všech jiných možných závažných příčin nemoci ME/CFS/PVFS (viz. čl. 3) a dle diagnostických kritérií dle Holmese potvrzení obou velkých kritérií, 6ti z 11 malých kritérií a 2 ze 3 fyzikálních kritérií nebo obou velkých kritérií a 8 z 11 malých, pokud fyzikální nejsou k dispozici (viz. čl. 3), je při hospitalizaci v nemocnici ošetřujícím lékařem stanovena diagnóza CFS, PVFS nebo ME s kódem dle MKN-10 dg. G 93.3 a ošetřující lékař hospitalizovaného pacienta v propouštěcí zprávě, v navrhovaném doporučení uvede prognózu nemoci, navrhne nezbytná dispenzární a jiná léčebná opatření a vyjádří se k možnému pracovnímu zařazení. Všechny diagnostické nálezy uvede v souhrnné lékařské propouštěcí zprávě, kterou předá rovněž i pacientovi, pokud o ni pacient požádá.

Pokud nedochází k ústupu vyšetřovaných symptomů, ačkoliv je běžné onemocnění léčebně kompenzované, nepovažuje se toto onemocnění za základní, nýbrž za souběžné onemocnění a nevylučuje proto stanovení diagnózy G 93.3.

Pokud mnohočetné negativní symptomatické dopady (dle diagnostických kritérií) nemoci ME/CFS/PVFS více zneschopňují pacienta a převažují nad dopady nemocí vyskytujících se souběžně s ME/CFS/PVFS nebo nad dopady nemocí, jež ME/CFS/PVFS předcházely, je dg. G 93.3 označena za základní onemocnění.

**V.** Po stanovení diagnózy CFS, PVFS nebo ME, dg. G 93.3, informuje praktický lékař pacienta o jeho stavu, prognóze a stanoví léčebný plán spočívající v potlačování či zmírňování řady negativních projevů ME/CFS/PVFS (viz čl. 4), neprodleně zavede klidový a šetřící režim a ve spolupráci (dle odst.1) § 21 zákona č. 20/1966 Sb.) s posudkovými lékaři se vyjádří k možnému pracovnímu zařazení, především k zdravotní způsobilosti k práci.

**VI.** Jedná se o komplikované chronické multisystémové, multiorgánové a medicínsky multioborové neurologické onemocnění vyžadující dlouhodobé sledování. Dispenzární péče při ME/CFS/PVFS je vázána na úroveň kompenzace stavu pacienta.

U kompenzovaných, diagnosticky dořešených případů provádí sledování praktický všeobecný lékař, případně ve spolupráci s odbornými lékaři, vyžaduje-li to léčba.

U dlouhodobě dekompenzovaných případů, diagnosticky nedořešených případů a případů přesahujících rámec možností všeobecného praktického lékaře, praktický všeobecný lékař navrhne pacientovi dispenzarizaci jednotlivými odbornými specialisty, do jejichž oboru zasahuje nejvíce negativních projevů ME/CFS/PVFS, které pacienta nejvíce zneschopňují. Mohou to být neurologické projevy, protrahované relabující infekční projevy, imunitní dysfunkce, endokrinní dysfunkce, nebo gastrointestinální potíže a jiné. Dispenzarizujícími odbornými lékaři pak budou zcela individuálně např. neurologové, infekcionisté, imunologové - alergologové, endokrinologové, aj...

**VII.** Pokud je zřejmé, že se pracovní schopnost osoby trpící chronickým únavovým syndromem během jednorochní podpůrčí doby neobnoví, a to i k jinému než dosavadnímu zaměstnání, všeobecný praktický lékař informuje pacienta o možnosti podání si žádosti o invalidní důchod. Posuzování zdravotního stavu a výdělečné/pracovní schopnosti pro účely důchodového pojištění je upraveno vyhláškou o posuzování invalidity.

**VIII.** Všeobecný praktický lékař pro účely posouzení invalidity, doloží orgánu sociálního zabezpečení výsledky funkčních vyšetření zdravotního stavu pacienta a v tiskopise pro lékařskou posudkovou službu ČSSZ ČR či MPSV ČR uvede základní diagnózu, k ní podrobně popíše všechny objektivní i subjektivní negativní projevy včetně popisu druhů bolestí, jejich četnosti, intenzity a doby trvání, popíše rozsah vyčerpanosti a specifikuje dobu neobnovy energetického potenciálu a rozsah omezení pacienta v běžných denních i pracovních činnostech a uvede všechny trvale se vyskytující dispenzarizované diagnózy. Tento popis pomůže posudkovému orgánu objektivně posudkově zhodnotit pacienta se základní diagnózou G93.3.

## **čl. 6**

### **Závěr**

Světová lékařská věda nepochybně prokázala, že chronický únavový syndrom je vážná a skutečná nemoc, kdy stupeň funkčního omezení u lidí, kteří trpí ME/CFS/PVFS, je srovnatelný s roztroušenou sklerózou, AIDS, konečnou fází ledvinového selhání, nebo chronickou obstrukční plicní nemocí. Stupeň invalidity je podobný jako u jiných dobře známých a velmi těžkých nemocí. **K vyléčení bez lékařské pomoci dochází zřídka**, ovšem pacienti, kteří získají odbornou pomoc brzy (**naprosto nezbytné je okamžité zavedení klidového a šetřícího režimu**) po nástupu negativních zdravotních projevů, mají v dlouhodobé perspektivě (**do 5ti let od nástupu nemoci**) o mnoho větší šanci na zlepšení zdravotního stavu. Podle publikovaných studií je po 5ti letech trvání nemoci šance na úplné uzdravení malá.

#### **Zdr. postižení ME/CFS – ČR**

Ing. Jana Outratová CSc.  
Mgr. Alena Kostrejšová Dis.  
Mgr. Jana Tabášková  
Jana Vaňková  
Lenka Králová

pověřená zástupkyně zdravotně postižených ME/CFS – ČR

Lenka Králová v. r.  
přiložen autoriz. elektron. podpis  
č. p. 767  
788 05 LIBINA  
[aknel.kralova@centrum.cz](mailto:aknel.kralova@centrum.cz)