ФИБРОМИАЛГИЯ

ЧТО,ГДЕ, КОГДА?

К.м.н. Выставкина Е.А.

Областная клиническая больница №2

ревматологическое отделение

Апрель 2015

СИНДРОМ ФИБРОМИАЛГИИ (СФ). ЧТО?

- **Внесуставное заболевание,**
- **Характеризуется:**
  - **диффузными болями,**
  - **утомляемостью скелетной мускулатуры**
  - **снижением уровня болевого порога при пальпации в характерных местах, обозначаемых как “болезненные ~~точки~~ области”.**

- В МКБ-10 отнесена к разделу «Неуточненный ревматизм»

ФИБРОМИАЛГИЯ (ФМ). КОГДА?

- Функциональные распространенные мышечные боли
- «мышечный ревматизм» (в европейской литературе еще в XVII в.)
- Как клинически очерченный синдром ФМ была описана в 1904 г. W. Govers, который назвал ее «фиброзитом»
- в литературе использовались разные термины: «миофиброллоз», «миозит», «нейроостеофиброз», «вегетомиозит», , «ревматизм мягких тканей» и др.
- **Отсутствие признаков воспалительного процесса в мышцах при морфологическом исследовании** исключало использование термина “фиброзит”, поэтому в последнее десятилетие в литературе укоренилось название данной патологии как фибромиалгический синдром.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

- Частота ФМ в популяции — около 4% (по разным данным, от 1 до 13%)

- среди пациентов врача общей практики — от 6 до 10%
- среди обратившихся к ревматологу — более 15%.
- при ревматоидном артрите (РА) ФМ встречается в 14% случаев
- при системной красной волчанке (СКВ) — в 22%
- при системной склеродермии (СД) — в 55%.
- Преимущественно ФМ страдают женщины (соотношение женщин и мужчин 2—10 : 1.

Факторы риска

Женский пол	9 из 10
Наследственность	братья и сестры людей с ФМ в 8 раз больше имеют шансов на развитие болезни
Психологический стресс	
Вирусные инфекции (вирусный гепатит С, клещевой боррелиоз)	
Травмы (особенно травмы шеи в анамнезе)	
Хирургические вмешательства	
Резкая смена климата	
Нарушения обмена веществ (дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, гипомагниемия)	
Ревматические заболевания (РА, СКВ, СД)	
Возраст	от 20 до 60 лет. пики вспышек около 35 лет; более 7% среди людей от 60 до 70 лет

Причины фибромиалгии

НЕ ИЗВЕСТНА

МНОГИЕ ЭКСПЕРТЫ СЧИТАЮТ, ЧТО ФИБРОМИАЛГИЯ ЭТО НЕ БОЛЕЗНЬ, А СКОРЕЕ **ХРОНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛИ, ВЫЗВАННОЙ НЕСКОЛЬКИМИ АНОМАЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ОРГАНИЗМА НА СТРЕСС.**

ОБЛАСТИ МОЗГА, КОТОРЫЕ ОТВЕЧАЮТ ЗА ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ, У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ПАЦИЕНТОВ, БОЛЕЮЩИХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ, В ОДНИХ И ТЕХ ЖЕ ОБЛАСТЯХ РЕАГИРУЮТ ПО-РАЗНОМУ.

У ЛЮДЕЙ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ АКТИВНОСТИ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ТЕХ ЧАСТЯХ МОЗГА, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА НАСТРОЕНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ БОЛИ.

ЭТО ДАЕТ ОБЪЯСНЕНИЕ, ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ, ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЮТ ДЕПРЕССИЕЙ И МЕНЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ОПИОИДНЫМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ.

ИССЛЕДОВАНИЯ СНА ПРИ ЭЭГ:

ВО ВРЕМЯ NREM-ФАЗЫ СНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ АЛЬФА-РИТМ,

Т. Е. ИМЕЕТ МЕСТО “НЕВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ СОН”, ПОЯВЛЕНИЕ КОТОРОГО СОВПАДАЕТ С УСИЛЕНИЕМ БОЛЕЙ В МЫШЦАХ.

ОТСУТСТВИЕ ЧУВСТВА ОТДЫХА ПОСЛЕ СНА ОТМЕЧАЮТ ДО 100% БОЛЬНЫХ СФ.

Больные ФМ имеют высокий риск социальной дезадаптации и фрустрации — примерно 70% теряют трудоспособность, а более чем у 90% существенно снижается качество жизни

СИМПТОМЫ ФМ

Симптом	Частота, %
Мышечная боль	100
Усталость	96
Бессонница	86
Артралгии	72
Цефалгии	60
Синдром «беспокойных ног»	56
Парестезии	52
Нарушение памяти	46
Мышечные судороги	42
Нарушение концентрации внимания	41
Тревожность	32
Большая депрессия	20

БОЛЬ ПРИ ФМ

МОНОТОННАЯ

ОБОСТРЯЕТСЯ ПОСЛЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК, А ТАКЖЕ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ, ПОСЛЕ ОХЛАЖДЕНИЯ И ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ, ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕБЫВАНИЯ В СТЕРЕОТИПНОЙ ПОЗЕ.

ОБЛЕГЧЕНИЕ НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТЕПЛА, МАССАЖА, ОТДЫХА.

ИНТЕНСИВНОСТЬ МОЖЕТ МЕНЯТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК, НО В ЦЕЛОМ **ПОСТОЯННАЯ, БЕЗ «СВЕТЛЫХ ПРОМЕЖУТКОВ».**

СТОЛЬ ЖЕ ХАРАКТЕРНО И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ.

ХОТЯ ПАЦИЕНТЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА ОГРАНИЧЕННУЮ БОЛЬ, ПРИ РАССПРОСЕ, КАК ПРАВИЛО, УДАЕТСЯ ВЫЯСНИТЬ, ЧТО ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ **БОЛЬ РАСПРОСТРАНЕННАЯ** (ВО ВСЕМ ТЕЛЕ ИЛИ ВО МНОЖЕСТВЕ ОГРАНИЧЕННЫХ УЧАСТКОВ ТЕЛА).

БОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (**ОКОЛО ТРЕТИ ПАЦИЕНТОВ НЕ МОГУТ РАБОТАТЬ ИЗ-ЗА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ**).

КОМОРБИДНЫЕ ДЛЯ ФМ СОСТОЯНИЯ.

у больных ФМ в несколько раз чаще, чем в популяции, встречаются следующие расстройства:

- Головная боль напряжения, мигрень
- панические атаки, обмороки
- гипервентиляционный синдром
- Кардиалгии, Абдоминалгии, артралгии
- синдром раздраженного кишечника
- туннельные невропатии
- миофасциальные боли
- синдром Рейно,

ПРИМЕРНО 1/3 ЧАСТЬ БОЛЬНЫХ ОТМЕЧАЕТ СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИПУХЛОСТИ В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ И ОНЕМЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ, КОТОРЫЕ НЕ ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ.

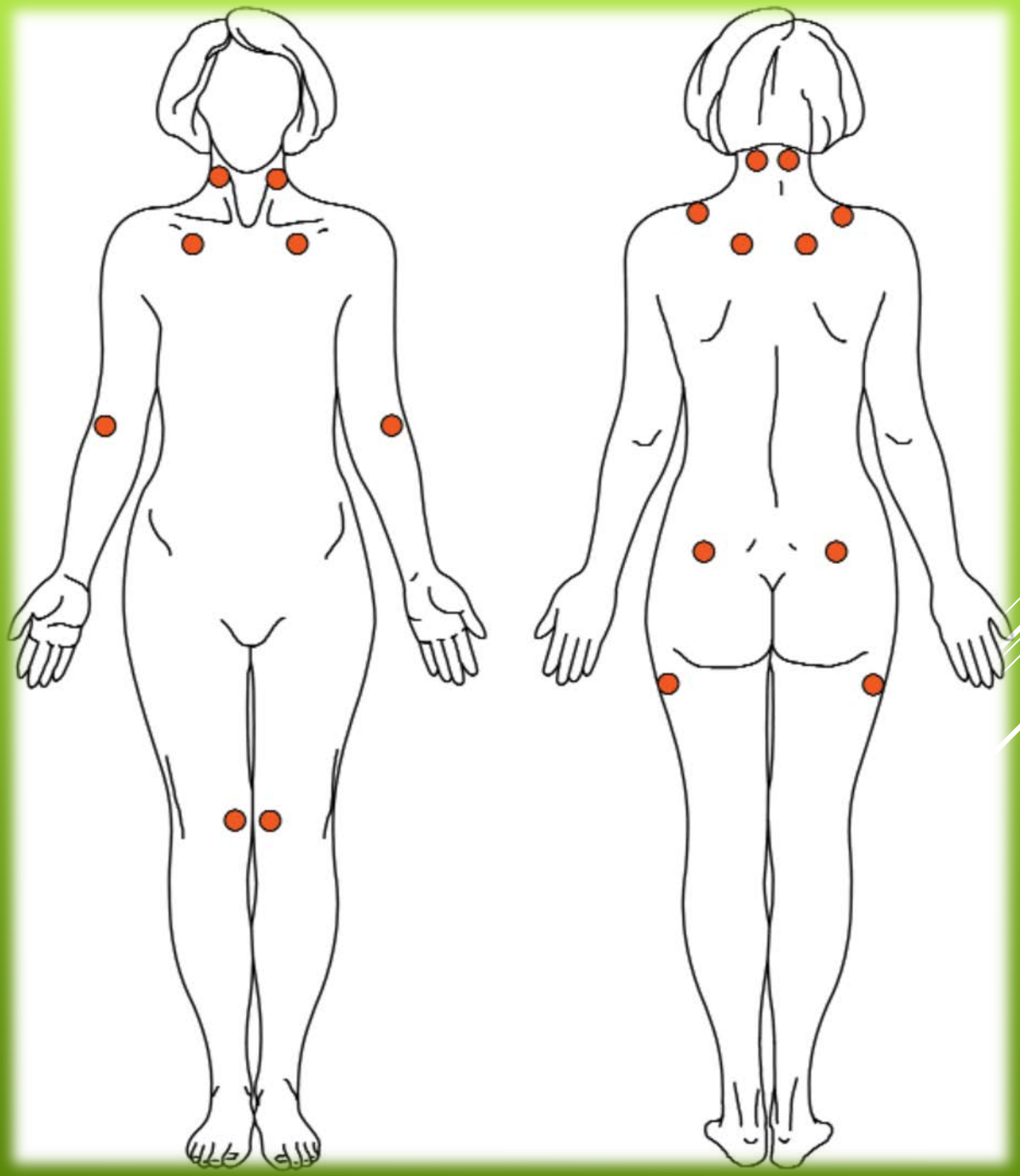
У 20% БОЛЬНЫХ МОЖНО ВЫЯВИТЬ “ФИБРОТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ” В ОКОЛОКРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ, В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЯГОДИЦ, НЕРЕДКО БОЛЕЗНЕННЫЕ, ХОТЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОНИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ФИБРОЗНО-ЖИРОВУЮ ТКАНЬ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ.

КРИТЕРИИ КЛАССИФИКАЦИИ ФИБРОМИАЛГИИ ACR. 1990 Г

- Сильные боли должны присутствовать не менее 3 месяцев.
- Эта боль должна появиться во всех следующих местах:
  - обе стороны тела;
  - выше и ниже пояса;
  - по всей длине позвоночника;
  - Боль должна ощущаться, по крайней мере, в 11 из 18 специфических областях, называемых чувствительными точками на теле. Когда врач нажимает на тендерную точку, боль очень ощутимая и локализованная.
- позволяли проводить скрининг пациентов и выявлять лиц, наиболее соответствующих данной нозологической форме

9 ПАР ТРИГГЕРНЫХ ТОЧЕК

КРИТЕРИИ 1990 Г



СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФМ. 2010 ГОД.

- не четко очерченные точки (ТР), а довольно **широкие области болевой чувствительности**, которые интегрированы в понятие БИ (**болевой индекс**).

- Существенно **расширился спектр соматических симптом**ов, к которым ранее относили только утомляемость, нарушение сна, скованность и синдром раздраженной кишки.

- В новых предварительных критериях учитывается уже не 4, а 40 симптомов, введено понятие ШТС (**шкала тяжести симптомов**).

.СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФМ. 2010 ГОД

- открывают возможности для более эффективной диагностики

- **3 следующих признака**:
- 1) широко распространенный **БИ (болевой индекс) ≥7 и общий счет по ШТС (шкала тяжести симптомов) ≥5 или БИ 3–6 и ШТС ≥9**
- 2) симптомы должны быть представлены на одном уровне по крайней мере в течение **3 месяцев**
- 3) у пациента **не должно быть другого расстройства,** способного объяснить боль

БОЛЕВОЙ ИНДЕКС (БИ).

- Для его расчета больному предлагается указать, в каких конкретно из **19 областей тела** он испытывал боль **за последнюю неделю**.
- каждой области присваивается 1 балл,
- общий счет БИ может колебаться от **0 до 19**.

БИ: ШКАЛА ЗНАЧЕНИЙ ОТ 0 ДО 19. ОБЛАСТИ.

Плечевой пояс, слева	Плечевой пояс, справа
Верхняя часть руки, слева	Верхняя часть руки, справа
Нижняя часть руки, слева	Нижняя часть руки, справа
Бедро (ягодица, большой вертел), слева	Бедро (ягодица, большой вертел), справа
Верхняя часть ноги, слева	Верхняя часть ноги, справа
Нижняя часть ноги, слева	Нижняя часть ноги, справа
Челюсть, слева	Челюсть, справа

Грудная клетка

Живот

Верхняя часть спины

Нижняя часть спины

Шея

ШКАЛА ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ (ШТС)

сумма тяжести трех признаков

(утомление, нарушение сна, когнитивные симптомы) 0-9 баллов

+

общая степень выраженности соматических симптомов. 0-3 балла

Финальная оценка колеблется от 0 до 12 баллов.

ШТС. ЧАСТЬ 1.

Каждый из трех признаков (**утомление, нарушение сна, когнитивные симптомы**) оценивается пациентом по шкале **от 0 до 3 в течение последней недели.**

0 баллов — нет нарушений;

1 балл — легкие и незначительные нарушения,

обычно малозаметные или преходящие;

2 балла — умеренной выраженности и значительные нарушения, много раз

появляющиеся, и/или постоянные умеренной выраженно-

сти;

3 балла — тяжелые нарушения, постоянные, длитель-

ные, жизнеугрожающие.

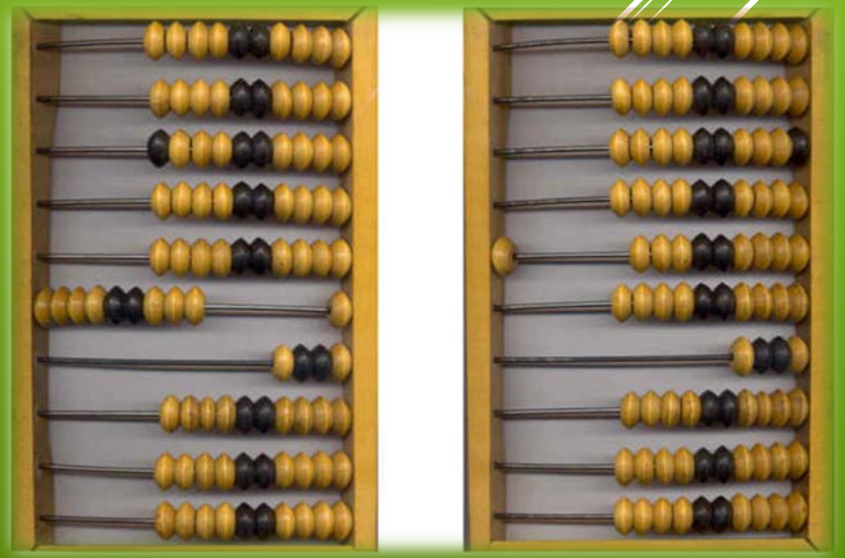
этот раздел ШТС может быть оценен **от 0 до 9 баллов**.

ОЦЕНИВАЮТ НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ 40 СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ:

- мышечная боль (миалгия)
- синдром раздраженной кишки,
- утомление/усталость
- расстройства мышления или памяти
- мышечная слабость
- головная бол
- боль/рези в животе
- онемение/покалывание
- головокружение
- нарушение сна
- депрессия
- запор
- боль внизу живота
- тошнота
- нервозность,
- боль в
- грудной клетке,
- расплывчатое видение,
- лихорадка,
- сухость во рту,
- зуд,
- визинг (шумное дыхание),
- Феномен Рейно
- крапивница/рубцы,
- звон в ушах,
- рвота, изжога,
- язвы ротовой полости
- утрата/изменение вкуса,
- припадки,
- сухость в глазах
- одышка,
- утрата аппетита,
- сыпь,
- фоточувствительность,
- нарушение слуха
- легкий ушиб,
- облысение,
- учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание
- спастическая кровоточивость.

ШТС. ЧАСТЬ 2. СОМАТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **0 баллов** — нет симптомов;
- **1 балл** — мало симптомов; от 1 до 5 соматических симптомов
- **2 балла** — умеренное число симптомов; от 5 до 10
- **3 балла** — большое число симптомов. более 10.



ДВИЖЕНИЕ ВПЕРЕД.

- При использовании критериев 1990 г. приходилось прибегать к экспертной оценке ситуации и ставить диагноз ФМ даже тогда, когда симптоматика не в полной мере соответствовала критериям.

- новые критерии подготовлены коллективом специалистов, возглавляемым F. Wolf — автором критериев 1990 г., что указывает на **преемственность концепций и расширение представлений** о ФМ.

Проявления	Нозологические формы	Признаки, исключающие СФ
Боли в суставах, ощущение припухлости в суставах, утренняя скованность	Ревматоидный артрит, серонегативные спондиллоартропатии	Клинические признаки артрита, ускорение СОЭ, обнаружение ревматоидного фактора
Боли в мышцах	Воспалительные миопатии	Повышенный уровень мышечных энзимов (КФК, миоглобин, трансаминазы)
Боли в мышцах, чувствительность к холоду	Гипотиреоз, тиреоидит	Снижение функции щитовидной железы, обнаружение аутоантител к ткани щитовидной железы
Боли в спине, скованность	Болезнь Бехтерева	Рентгенологические признаки сакроилеита, спондиллопатии, HLA-B 27
Боли в пояснице и конечностях	Остеохондроз позвоночника	Рентгенологические признаки и клиника корешкового синдрома
Мышечно-суставной синдром, сухой синдром, синдром Рейно	Диффузные болезни соединительной ткани	Объективные клинико-лабораторные данные
Боли в мышцах, суставах, утомляемость, снижение работоспособности	Вирусная инфекция, паранеопластический синдром	Объективные клинико-лабораторные и инструментальные данные

БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА.

Наркотики и алкоголь, лекарственные препараты

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ.

ЛЕЧЕНИЕ

АМЕРИКАНСКОЕ ОБЩЕСТВО, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩЕЕСЯ НА ФИБРОМИАЛГИИ

- комбинированный подход с использованием **когнитивно-поведенческой психотерапии (**Устранение социально-психологического дискомфорта)
- управление стрессом,
- Массаж
- Образовательные мероприятия, направленные на разъяснение природы боли
- Широкое назначение лечебной гимнастики, плавания,
- Для лиц с избыточной массой тела высокоэффективно ее снижение

- Физиотерапия
- Санаторно-курортное лечение.
- Фитотерапия

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

- наиболее эффективная часть управления фибромиалгией.
- предотвращает атрофию мышц
- повышает эмоциональное благополучие
- со временем снижает усталость и боль.

- Программы упражнений для лечения фибромиалгии часто комбинируются аэробными и силовыми тренировками с гимнастическими упражнениями.

- Улучшение состояния организма может продлеваться **до 9 месяцев после окончания программы упражнений.**

БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ ГРУППОВЫЕ, ЧЕМ ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ ЛФК

- ***Физиотерапевтические мероприятия***, к сожалению, дают кратковременный эффект, в довольно высоком проценте случаев (до 40%) могут сопровождаться нежелательными реакциями (тахикардия, гипертензия или гипотония, экстрасистолия, головокружения).

- Мануальная терапия, как правило, вызывает при СФ усиление болевого синдрома, акупунктура эффективна крайне редко.

Программа Тай Чи.

древняя китайская программа упражнений

сочетает в себе медленные движения, правильное дыхание и медитацию.

Нормализация сна.

- нарушения сна усугубляет боль.
- Для нормализации сна необходимо:
- - избегать кофеина или алкоголя за 4 - 6 часов до сна;
  - избегать употребления жидкости непосредственно перед сном, чтобы не приходилось просыпаться ночью, помочиться;
  - избегать больших приемов пищи до сна. Можно вполне удовлетвориться легкими закусками;
  - избегать дремоты, особенно вечером или ближе к вечеру;
  - установить режим отхода ко сну и часы подъема утром. Поддерживать этот график даже в выходные и во время каникул;
  - если не получается заснуть в течение 15 - 20 минут, уйти в другую комнату и начать тихую деятельность. Вернуться в постель, когда почувствуется сонливость;
  - минимизировать свет и поддерживать комфортную, умеренную температуру в спальне. Держать спальню хорошо проветриваемой;
  - использовать кровать только для сна и сексуальных отношений.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Цель: купирование боли!

Анальгетики, применяемые при СФ:

- центрального действия (трамадол);
- периферического действия (**противовоспалительные средства**, парацетомол);
- вспомогательные анальгетические средства (нейролептики, **миорелаксанты**).

препараты для коррекции нейропатической боли

антидепрессанты

Назначение гормональных противовоспалительных препаратов, а также местная анестезия болевых точек практически не дает эффекта

Ограничено и число препаратов, назначаемых для улучшения сна.

Не показаны седативно-снотворные средства, поскольку они имеют тенденцию к уменьшению III и IV стадий сна.

►

Спасибо за внимание!