

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. С.В. Прокопенко

Реферат на тему:

«Фибромиалгии»

Выполнила: ординатор 1 года
кафедры нервных болезней с курсом ПО
специальности 31.08.42 Неврология

Шабалина Дарья Олеговна

Красноярск 2023

Оглавление

Введение.....	3
Этиология и патогенез.	4
Диагностика и клиническая картина.	5
Лечение.....	9
Заключение.....	10
Источники литературы.	12

Введение

Фибромиалгия (ФМ) — заболевание, характеризующееся сочетанием хронической распространенной мышечной боли и широкого спектра ассоциированных психосоматических проявлений, таких как утомляемость, нарушения сна, общая скованность, депрессия, тревожность, когнитивные расстройства.

В настоящее время ФМ рассматривается как заболевание, характеризующееся сочетанием хронической распространенной мышечной боли и широкого спектра ассоциированных психосоматических проявлений, таких как утомляемость, нарушения сна, общая скованность, депрессия, тревожность, когнитивные расстройства.

Распространенность ФМ в общей популяции варьирует от 2 до 4%, при этом в разных странах и среди различных культур она схожая, не существует доказательств того, что в промышленно развитых странах распространенность выше. Известно, что распространенность ФМ увеличивается с возрастом, достигая пика в 50—59 лет, и затем плавно снижается.

Возраст пациентов на момент появления первых симптомов фибромиалгии обычно составляет 25—40 лет. ФМ чаще встречается у женщин, соотношение женщины/мужчины варьирует от 2:1 до 30:1 в зависимости от используемых диагностических критериев. Для ближайших родственников пациентов с фибромиалгией риск возникновения этого заболевания в 8 раз выше, чем в общей популяции.

Более высокая распространенность ФМ наблюдается у пациентов с ревматическими заболеваниями. Согласно последним данным, при ревматоидном артрите она встречается у 18—24%, при аксиальном спондилоартрите — у 14—16%, при псориатическом артрите — у 18% больных. На основании столь высоких показателей коморбидности, которые следует трактовать с осторожностью, так как критерии диагностики ФМ не прошли валидацию у больных с заболеваниями суставов, некоторые исследователи выделяют «первичную» и «вторичную» ФМ.

При «первичной» ФМ на момент осмотра у пациента обычно не обнаруживают идентифицируемый источник ноцицептивной импульсации, при этом в анамнезе выявляются большое количество стрессовых событий (как текущих, так и отдаленных, особое значение приобретают стрессовые события детского возраста) и психиатрическая коморбидность.

Наличие «вторичной» ФМ, или синдрома фибромиалгии, предполагают у пациентов, если есть текущее ревматическое заболевание (ревматоидный артрит, спондилоартриты, псориатический артрит, системная красная волчанка). В то же время, согласно МКБ 10, ФМ — это болезнь, относится к классу XIII «Болезни костно-мышечной системы и

соединительной ткани», кодируется как М.79.7, имеет диагностические критерии, о которых пойдет речь ниже.

В МКБ 11 ФМ также классифицируется как самостоятельное заболевание, входящее в рубрику «первичная хроническая боль». В силу этого вызывает сомнение обоснованность выделения синдрома ФМ, или «вторичной ФМ», тем более что ФМ имеет высокую коморбидность не только с ревматической патологией, сопровождающейся болью, но и с мигренью, головной болью напряжения, хронической тазовой болью и другими хроническими болевыми синдромами.

Этиология и патогенез.

Патогенез ФМ сложен и не до конца изучен. Большинство экспертов сходятся во мнении, что ФМ — это синдром центральной гиперчувствительности к боли, обусловленный нарушением контроля и восприятия боли в центральной нервной системе (ЦНС). Функциональная магнитно-резонансная томография у пациентов с ФМ демонстрирует усиление активности ЦНС в ответ на болевые стимулы малой интенсивности, тогда как для появления такой же активности в ЦНС у здоровых испытуемых интенсивность стимулов должна быть выше на 50%.

Ряд исследователей небезосновательно рассматривают ФМ как заболевание, обусловленное стрессом, который нарушает функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Факты такого нарушения включают неспособность к подавлению кортизола и кортикотропин-рилизинг гормона в крови; нарушения циркадианных ритмов кортизола в плазме; повышение базального уровня кортизола в надпочечниках; повышение уровня вазопрессина, адренкортикотропного гормона (АКТГ) и нарушение суточных колебаний АКТГ и кортизола в ЦНС.

У пациентов с ФМ имеющийся определенный генотип, но что гораздо важнее, факторы внешней среды могут приводить к тому, что адаптивность снижается, вызывая возникновение симптоматики, которая не разовьется у людей с высоким уровнем адаптивности. Адаптивность тесно связана с реакцией на острый или хронический стресс и, следовательно, зависит от состояния механизмов реагирования на стресс. Патофизиологической основой сниженной адаптивности при ФМ, согласно мнению авторов концепции, являются дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, а также нарушение баланса в ЦНС нейротрансмиттеров, таких как серотонин, норадреналин, дофамин и холин.

Патофизиологические изменения у пациентов с ФМ могут способствовать развитию утомляемости, когнитивных расстройств, нарушений сна и эмоциональных изменений,

поскольку ряд нейротрансмиттеров и анатомических структур нервной системы отвечает не только за адаптацию организма и трансмиссию болевых стимулов, но и играет важную роль в цикле «сон—бодрствование», регуляции настроения и эмоций.

Изучаются и другие аспекты патогенеза ФМ, например, нарушения со стороны оси «кишечник—мозг». Известно, что эта ось поддерживает двустороннюю связь микробиома (через нервную систему кишечника) и головного мозга, обеспечивая нейро-иммунно-гуморальную регуляцию работы кишечника. Ранее показано, что изменения микробиома могут приводить к развитию таких заболеваний, как депрессия, аутизм и синдром раздраженного кишечника.

Таким образом, причина ФМ до конца неизвестна, в формировании боли и ассоциированных симптомов принимают участие различные патогенетические механизмы; это в реальной практике приводит к тому, что заболевание плохо диагностируется и трудно поддается курации.

Диагностика и клиническая картина.

Диагностика ФМ — клиническая, не существует лабораторных исследований и методов, позволяющих объективно подтвердить наличие заболевания, в этом случае большое значение приобретают сбор жалоб, изучение анамнеза и клиническая оценка пациента. В то же время с учетом большого количества сопутствующих соматических и психических заболеваний диагностика представляет собой определенную сложность, что в конечном итоге выражается в позднем установлении диагноза.

Жалобы

Ведущей жалобой у пациентов с ФМ является хроническая боль, чаще диффузная, но она может быть и мультифокальной, и в этом случае с течением времени зоны болезненности могут мигрировать. По характеру боль глубинная, ноющая, иногда жгучая, стягивающая; она изнуряющая и монотонная, несмотря на колебания ее интенсивности в течение суток. Отмечается диссоциация между невысокой интенсивностью боли и ее субъективным переживанием пациентами. Боль может усиливаться при физической нагрузке и под влиянием эмоций, но также во время длительного отдыха и без физической активности. Часто в отсутствие верифицированного повреждения периферической нервной системы боль может сопровождаться сенсорными ощущениями в виде парестезий и дизестезий преимущественно в конечностях и описываться пациентами как невропатическая, например, такими словами, как жжение, онемение, покалывание, ползание мурашек и т.д.

Помимо боли пациентов нередко беспокоит утренняя скованность, ее длительность — от 45 мин до 4 ч, в течение дня она уменьшается. Пациенты часто жалуются на субъективное ощущение припухлости суставов, однако объективно наличие синовита не выявляется.

Порядка 80% пациентов испытывают чувство тяжелой усталости, которое может возникать сразу после пробуждения и нередко усиливается в середине дня. Сон при ФМ поверхностный, неглубокий, с частыми пробуждениями в середине ночи и невозможностью заснуть в дальнейшем. Даже при условии, что пациент спит полноценно 8—10 ч, он чувствует себя разбитым и неотдохнувшим, сон при ФМ принято называть термином «невосстановительный». Жалобы на различные нарушения сна предъявляют около 90% пациентов с ФМ.

Когнитивные нарушения могут быть представлены в виде расстройства внимания и концентрации, трудностей в подборе слов при разговоре и объединяются единым термином «фибромиалгический туман» (от англ. fibro fog).

Данные анамнеза

Сбор анамнеза у пациентов с подозрением на ФМ может потребовать значительного количества времени, но в то же время крайне важен для установления диагноза. Нередко в анамнезе у родственников первого порядка выявляют наличие хронических болевых синдромов, например, хронической боли в спине, «ревматизма» и т.д. У самих пациентов чаще всего отмечается длительный, начиная с детского и подросткового возраста, анамнез различных хронических болевых синдромов, таких как дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, мигрень и головная боль напряжения, синдром раздраженного кишечника, интерстициальный цистит/«болезненный мочевой пузырь», эндометриоз, другие региональные болевые синдромы, чаще в спине и шее.

Пациенты с ФМ обращаются к врачам различных специальностей по поводу болевого синдрома и активно требуют проведения тех или иных вмешательств для купирования боли (в том числе хирургических, таких как операции на позвоночнике). При этом они не отвечают на терапию опиоидами, а проведенные хирургические манипуляции также оказываются неэффективными.

Для пациентов с ФМ характерна общая гиперчувствительность к прикосновениям, резким запахам, яркому свету, шумам, различным вкусам, возможно развитие синдрома множественной химической гиперчувствительности.

Для ФМ характерна высокая психиатрическая коморбидность. В анамнезе у пациентов могут выявляться расстройства тревожно-депрессивного спектра: биполярное и большое депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное, паническое,

посттравматическое стрессовое расстройство и социофобия. Нередко встречаются нарушения пищевого поведения: анорексия, булимия. Все эти состояния ухудшают течение и прогноз заболевания, отрицательно влияют на эффективность проводимой терапии. Вместе с тем данные состояния являются потенциально корригируемыми, и это должно учитываться при работе с пациентом.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Диагноз ФМ является диагнозом исключения, прежде всего необходимо убедиться в отсутствии соматических заболеваний, являющихся причиной распространенной боли. Развитие или усиление генерализованной боли и утомляемости могут быть вызваны ревматическими, эндокринными, онкологическими заболеваниями. Поэтому при осмотре пациента необходимо обращать внимание на «красные флаги»: поздний возраст дебюта заболевания (старше 60 лет), преимущественно суставную локализацию боли, измененную конфигурацию суставов, ограничение подвижности в них, профузное (в том числе ночное) потоотделение, увеличение или снижение массы тела, отеки, изменение тембра голоса, акромегалию, констипацию или диарею, нарушение мочеиспускания, повышение температуры тела, очаговую неврологическую симптоматику, усиление болей в покое.

В процессе дифференциальной диагностики необходимо исключать другие заболевания: гипотиреоз, ревматическую полимиалгию, системную красную волчанку, болезнь Лайма, ревматоидный артрит. В то же время важно понимать, что пациент может страдать одним из этих заболеваний одновременно с ФМ (табл. 1).

Таблица 1. Дифференциальная диагностика фибромиалгии
Table 1. Differential diagnosis of FM

Заболевание, которое следует исключить	Лабораторное исследование
Гипотиреоз	Тиреотропный гормон
Ревматическая полимиалгия	Скорость оседания эритроцитов
Системная красная волчанка	Антинуклеарные антитела
Болезнь Лайма	Титр антител к боррелиям
Ревматоидный артрит	Ревматоидный фактор

В процессе дифференциальной диагностики необходимо исключить нежелательные явления принимаемых лекарственных препаратов. Известно, что выраженный болевой синдром в мышцах наиболее часто может развиваться на фоне приема статинов, реже бисфосфонатов и опиоидов. При назначении статинов боль появляется в начале лечения и может сопровождаться повышением уровня креатининфосфокиназы. Умеренная или интенсивная боль в таких случаях нередко требует отмены препарата, после чего болевой синдром регрессирует в течение 1—2 мес.

Критерии диагноза фибромиалгии

В 1990 г. эксперты Американской ассоциации ревматологов впервые представили критерии диагностики ФМ, включавшие сочетание распространенной боли

продолжительностью не менее 3 мес и болезненности при надавливании в 11 из 18 тендерных точек на теле. Однако исследование точек в силу его сложности, субъективности и ненадежности не нашло широкого применения в рутинной клинической практике. В 2010 г. предложена новая диагностическая концепция, и исследование тендерных точек заменено на оценку индекса распространенности боли (Widespread Pain Index, WPI), при этом значение индекса может составлять от 0 до 19 по количеству «тендерных зон», при пальпации которых возникает дискомфорт или болезненность.

Помимо оценки распространенности боли предложено учитывать выраженность сопутствующих боли утомляемости, нарушений сна, когнитивной дисфункции, а также соматических симптомов, для чего разработана балльная шкала оценки тяжести симптомов (Symptom Severity Scale, SSS; градация шкалы от 0 до 12 баллов). Длительность наличия указанных симптомов должна составлять не менее 3 мес.

Поскольку оценка распространенной боли и сопутствующих симптомов требует детального опроса пациента врачом, а исследование зон болезненности является субъективным и зависит от навыков и умений специалиста, проведена модификация диагностических критериев с использованием опросника ФМ (Fibromyalgia Survey Questionnaire, FSQ), полностью заполняемого пациентом. Русскоязычная версия данного опросника на момент написания статьи недоступна, англоязычный вариант — в открытом доступе по ссылке. Опросник оценивает число болезненных зон и степень выраженности соматических симптомов.

Изначально предполагалось, что для установления диагноза необходимо наличие распространенной боли как минимум в 7 из 19 зон, а степень тяжести сопутствующих симптомов должна составлять минимум 5 из 12 баллов. Однако в связи с тем, что данные критерии приводили к диагностическим ошибкам, в 2016 г. предложена дальнейшая их модификация: значение индекса распространенной боли должно соответствовать 4—6 болевым зонам, а тяжесть соматических симптомов должна быть равна 9 и более баллам. Кроме того, обязательно должна присутствовать распространенная (генерализованная) боль (наличие болевых зон минимум в 4 из 5 областей тела, за исключением лица и живота). Упразднены исключения, касающиеся других заболеваний/состояний, которые могут объяснить наличие боли. Согласно новой концепции, диагноз ФМ устанавливается вне зависимости от их наличия, но не исключает других клинически значимых заболеваний.

Скрининговая диагностика и оценка тяжести фибромиалгии с помощью опросников. Для скрининговой диагностики предлагается опросник FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool), состоящий из 6 простых вопросов, при этом 5 и более положительных ответов позволяют заподозрить ФМ. Несмотря на высокую чувствительность (90,5%) и

специфичность (85,7%), опросник не является самостоятельным диагностическим инструментом.

Для оценки степени ограничения функций может быть использован опросник тяжести ФМ (Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)). При этом заболевании также могут быть применены общепринятые опросники, направленные на выявление тревоги и депрессии (например, Гамильтона, Бека и другие), оценку утомляемости, различные опросники качества сна и жизни.

Лечение.

Нефармакологические методы воздействия

С учетом многообразия патогенеза и большого количества сопутствующих соматических и психологических проявлений лечение ФМ является сложной задачей, требующей комплексного подхода с привлечением большого количества различных специалистов (неврологов, ревматологов, врачей ЛФК и физиотерапевтов, психотерапевтов и других). Прежде чем приступить к лечебным мероприятиям, необходимо выполнить многомерную оценку болевого синдрома, функциональных нарушений и психосоциальных факторов у конкретного больного.

Предлагаемые программы лечения обязательно должны включать нефармакологические методы воздействия. Выбор того или иного метода должен определяться предпочтениями больного и учитывать предшествующий опыт лечения. Кроме того, предлагается использовать пошаговый подход к терапии, на старте лечения следует использовать нелекарственные методы и только при их недостаточной эффективности переходить к фармакотерапии. Пациентов необходимо стимулировать к ведению своего обычного образа жизни, насколько это возможно.

Согласно рекомендациям Европейской противоревматической лиги (European League Against Rheumatism, EULAR), в план лечения должны входить обучение пациента (групповые школы боли), психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия. Основная задача использования этих методов — необходимость в убеждении пациента в отсутствии органической природы заболевания, формирование ожиданий от лечения и стратегий преодоления. В схему лечения должна быть также включена физическая нагрузка по индивидуально разработанной программе, могут использоваться иглорефлексотерапия, йога, гимнастика тай-чи, различные методики стресс-менеджмента (табл. 2).

Таблица 2. Рекомендации Европейской противоревматической лиги по нефармакологическому лечению фибромиалгии
Table 2. The European League Against Rheumatism recommendations of non-pharmacologic therapy of fibromyalgia

Метод терапии	Уровень убедительности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Аэробная укрепляющая гимнастика	Ia	Сильный
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Ia	Слабый
Многокомпонентная терапия	Ia	Слабый
Акупунктура и спа-терапия	Ia	Слабый
Медитативная двигательная гимнастика (йога, гимнастика тай-чи), терапия осознанностью (mindfulness)	Ia	Слабый

Фармакотерапия

Согласно большинству международных рекомендаций, медикаментозное лечение ФМ следует применять в качестве второго шага комплексной программы лечения в ситуации, когда нефармакологические методы не дают достаточного эффекта. При выборе препаратов следует учитывать возможность развития нежелательных явлений, особенно тех из них, которые способны ухудшить когнитивную дисфункцию и усилить утомляемость. Проводимую терапию необходимо регулярно оценивать и проводить ее коррекцию в случаях недостаточной эффективности или плохой переносимости.

К основным классам препаратов, имеющих доказательства эффективности в лечении ФМ, относятся трициклические антидепрессанты, антиконвульсанты (прегабалин), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (милнаципран и дулоксетин), слабые опиоиды (трамадол) и миорелаксанты. Прегабалин, дулоксетин и милнаципран одобрены FDA для терапии этого заболевания в США.

Опубликованы данные РКИ, в которых проведена оценка эффективности комбинированной терапии. Наибольшая эффективность в купировании боли при хорошей переносимости показана для трех комбинаций: дулоксетин и прегабалин; мелатонин и amitriptilin; флуоксетин и amitriptilin.

К препаратам, не рекомендованным для фармакотерапии ФМ, относят сильные опиоиды, кортикостероиды, гормон роста, ингибиторы моноаминоксидазы и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в силу отсутствия доказательств эффективности и/или наличия высокого риска развития нежелательных явлений.

Заключение.

Достижения последних десятилетий привнесли определенный прогресс в понимание причин и природы фибромиалгии, позволили сформировать целостное представление о заболевании, в основе которого лежит дисфункция центральных отделов соматосенсорного анализатора. Фибромиалгия — это не только генерализованная мышечная боль, но и целый спектр ассоциированных с ней симптомов, таких как депрессия, утомляемость, нарушения сна, когнитивная дисфункция, базирующихся, по-видимому, на общности патогенетических механизмов; тяжесть этих симптомов в немалой степени определяется поведенческими, социальными и психологическими факторами.

Разработка новых, более простых критериев диагностики фибромиалгии является важным шагом к облегчению страданий этих больных. Несмотря на появление новых, более современных средств фармакотерапии, многообразие симптомов фибромиалгии требует междисциплинарных подходов к терапии с применением одновременно фармакологического и нефармакологического воздействия. Реализовать эти подходы на уровне первичного звена здравоохранения — сложная задача, ее решение возможно в рамках специализированных клиник боли.

Источники литературы.

1. Давыдов О.С., Глебов М.В. Фибромиалгия. Российский журнал боли. 2020;18(3):66–74.
2. Хоппенфелд Д.Д. Диагностика и лечение боли. Пер. с англ. Под ред. Давыдова О.С. М.: МЕДпресс-информ; 2019. Hoppenfeld DD. Diagnostika i lechenie boli. Per. s angl. Pod red. Davydova O.S. M.: MEDpress-inform; 2019.
3. Насонова Татьяна Игоревна, Мухаметзянова А.Х., Табеева Г.Р., Черноусов П.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ФИБРОМИАЛГИИ // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. №5.
4. Насонова Татьяна Игоревна, Парфенов Владимир Анатольевич, Мухаметзянова Альбина Хамитовна ТИПИЧНАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ // Consilium Medicum. 2022. №11.
5. Насонова Татьяна Игоревна, Романов Дмитрий Владимирович, Исайкин Алексей Иванович ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМИАЛГИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ // Consilium Medicum. 2021.
6. Дадажон Бахтиерович Эгамов, Малика Ильхомовна Камалова СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ФИБРОМИАЛГИИ // Scientific progress. 2022. №2.
7. Насонова Татьяна Игоревна, Парфенова Е.В. СОПУТСТВУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА И ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ И ФИБРОМИАЛГИИ // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022. №3.
8. Насонова Т.И. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛЬЮ И ФИБРОМИАЛГИЕЙ // МС. 2022. №11.