

КЛИНИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ПЪРВИЧНА И ВТОРИЧНА ФИБРОМИАЛГИЯ



д-р Валентина
Решкова, гм

Клиника по ревматология, Медицински университет, УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“, гр. София

Въведение

Фибромиалгията (ФМ) е широко разпространена и обхваща различни възрастови групи, най-често е срещана между 20 и 50 години. Засяга жени и мъже в съотношение 9:1 до 20:1. От нея страдат 7 до 10 милиона американци, което е 3 до 6% от популацията. Няма определена етническа предиспозиция. Няма епидемиологични данни за разпространението на ФМ в България.

Хроничната болка е причина за 60% от консултациите при лекар специалист. Около половината от пациентите с мускулно-скелетна болка са с ФМ. Тя се характеризира с дифузна болка. Ревматолозите са специалистите, към които се насочват тези пациенти. Техните визити са 16% от ежедневните посещения при лекар ревматолог в САЩ. През 1992 г. Световната здравна организация включва ФМ в Десетата ревизия на Международната класификация на болестите в групата на ревматичните ставни болести М. 79.0.

Американският колеж по ревматология (ACR) през 1990 г. приема два критерия за диагноза:

- **Първи критерий** – дълбока, дифузна болка в гясната, лявата част на тялото или двустранно, понякога опасваща, в областта на шийния, гръдния или поясният отдел на гръбначния стълб, или предната част на гръдния кош. Болковите симптоми трябва да са с продължителност най-малко 3 месеца.
- **Втори критерий** – болка, измерена с долориметър в най-малко в 11 от 18 болезнени точки.

През 2010 г. ACR приема нови критерии. Те са:

- Наличие на хронична дифузна болка в 7 или повече от 19 региона от човешкото тяло през последната седмица и наличие на повече или равни на 5 точки по комбинирана скала (SS – Severity Scale) за оценка на умора, неосвежаваща почивка, когнитивни симптоми (всеки от трите симптома се оценява с максимум 3 точки) и наличие на соматични симптоми – коремна болка, депресия, главоболие (1 = да, 2 = не, общо максимум 3 точки)

или

- Наличие на хронична дифузна болка в 3 до 6 региона или наличие на повече или равни на 9 точки по комбинираната скала.

Максималният брой точки е 31 – 19 за всички болезнени региони + 12 точки за всички симптоми. Степента на оплакванията за SS (Severity Scale) са:

0 точки – няма оплакване;

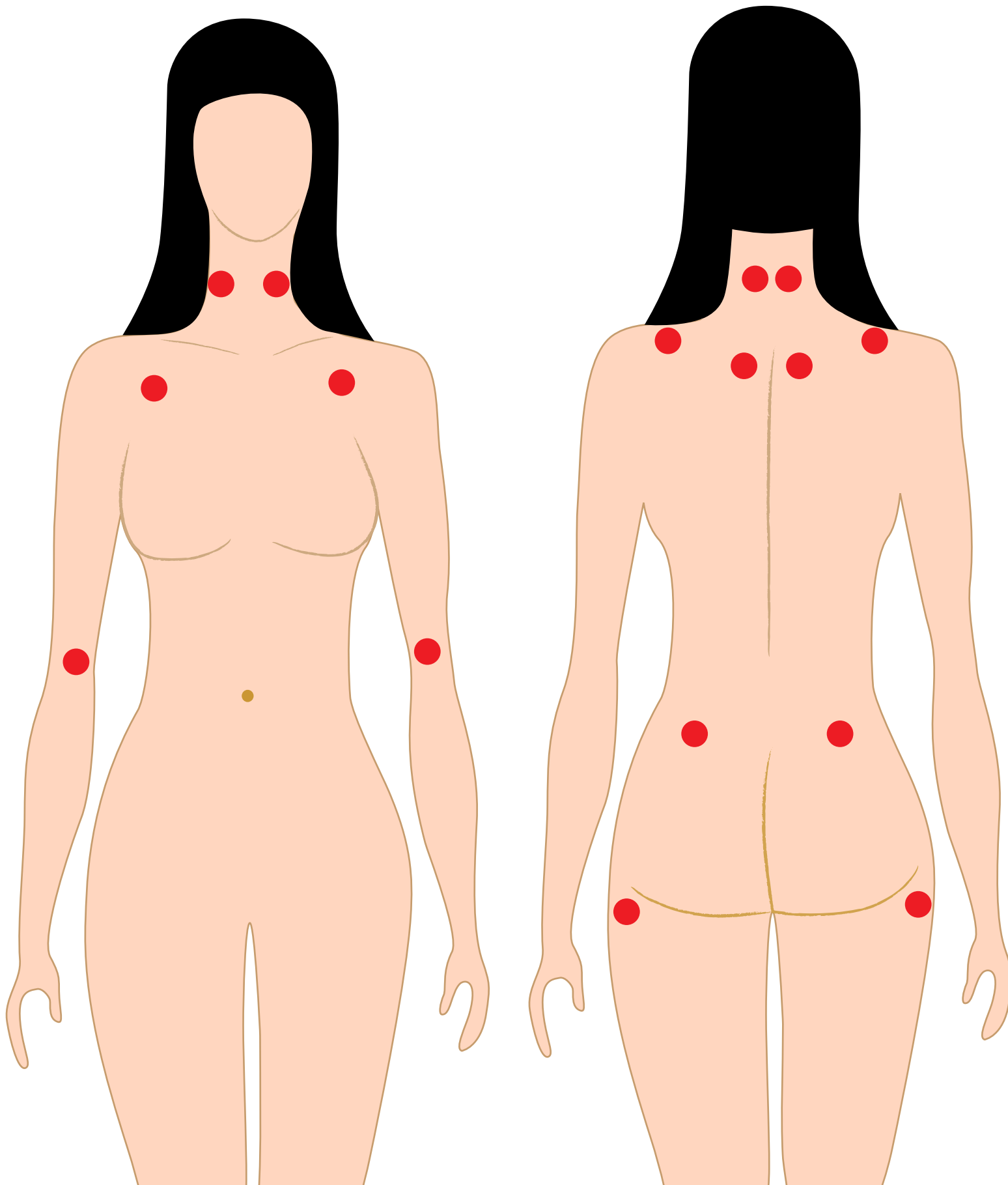
1 точка – леко изразено оплакване;

2 точки – средно изразено оплакване;

3 точки – силно изразено оплакване^[8,9].

Припокриване на фибромиалгия със системен лупус еритематозус (СЛЕ)

Според *Ana Luiza P. Kasemodel de Araujo* при 12% от болните със СЛЕ има ФМ, средната възраст на болните със СЛЕ е 40 години, с ФМ е 44 години, със СЛЕ и ФМ е 43.5 години. Има сигнификантна разлика в броя на областите с хронична болка между групата само с ФМ и тази с ФМ и СЛЕ. По-голям брой болезнени области (15.05) се установяват в групата с ФМ, с ФМ и СЛЕ този брой е 11.75 ($p=0.0001$). Няма сигнификантна разлика в скората SS между двете групи. Силата на хроничната болка



В групата с ФМ е 87.5 mm по VAS. Болните само със СЛЕ оценяват хроничната болка с 35 mm по VAS. Болните с ФМ и СЛЕ съобщават за 71.25 mm хронична болка по VAS. Епизодите на депресия са по-чести при болните с ФМ (80%) и тези с ФМ и СЛЕ (60%), само със СЛЕ (15%).

Според *Franco, MD*, в Индия 8.2% от болните със СЛЕ развиват ФМ, в Мексико – 9.5%, в Испания – 10%, в Турция – 25%. Показват ясна връзка на хроничната болка при фибромиалгията и СЛЕ, оценяват умората и качеството на живот при болните със СЛЕ. Болката при СЛЕ е възпалителна, периферна и централна невропатна. Хронична дифузна болка се

установява при 65-80% от болните със СЛЕ. Умора има при 50 до 80% от болните със СЛЕ.

Според *Marchione V.* 13% от болните с остеоартроза страдат от ФМ. Лечението на ФМ изисква 8 453 щатски долара, на ОА – 11 253 щатски долара за здравни грижи, отсъствие от работа, медикаменти.

СЛЕ е аутоимунна болест с мултиорганно засягане и уврежда ставите, кожата, бъбреците, бял гроб, сърце, кръвоносните съдове и мозъка. Честотата на болестта е между 14 и 50 болни на 100 000 население. СЛЕ е причина за по-висока смъртност в сравнение с възпалителните ставни

болести. Важна и обективна оценка за активността на болестта е Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), който оценява с определен брой точки проявите от увредените органи и системи. Наличието на придружаваща ФМ при СЛЕ е изследвана от различни автори и е установена при 20% от болни със СЛЕ. Наличието на ФМ при СЛЕ е с по-висока честота от общата популация. Проучване на болните със СЛЕ в Бразилия дава информация за хроничната болка и връзката ѝ с болестната активност на СЛЕ. Болните попълват въпросник за влиянието на фибромиалгията (FIQ), за симптомите са разпитани болните според скалата Symptom severity Index (SSI). Болката при ФМ е оценена с Generalized Pain Index (GPI). Резултатите показват, че има сигнификантна разлика в броя на областите с хронична болка (GPI) между групата само с ФМ и тази с ФМ и СЛЕ. По-голям брой болезнени области (15.05) се установяват в групата с ФМ, при болните с ФМ и СЛЕ този брой е 11.75 ($p=0.0001$). Голяма разлика има по отношение на общото здраве, като болните само със СЛЕ имат по-лошо общо състояние от тези в другите две групи. Същите са резултатите за социалните и емоционалните аспекти на общото състояние на жизнената активност. Следователно при болните само със СЛЕ, активността на болестта оказва по-сериозни негативни ефекти от тези в другите две групи. Фибромиалгията се изследва при болни със СЛЕ от екип от ревматолози от Италия с цел да се проследи връзката на хроничната болка, умората и качеството на живот при болните със СЛЕ. Болката при СЛЕ е резултат от различни причини и може да бъде възпалителна, периферна

таблица 1

ПРЕПОРЪЧАНО ЛЕЧЕНИЕ ЗА ФМ В ПРАКТИКАТА ОТ ФРЕНСКАТА МЕДИЦИНА (СПОРЕД VLOTMAN F. AND AL., 2005 Г.)		
Видове лечение	ОПЛ (%)	Ревматолози (%)
Аналгетици	77	73
Трициклични антидепресанти	42	25
Серотонинергични антидепресанти	55	17
Седативни средства, хипнотици	33	31
Морфини	3	3
Акупунктура	42	41
Хипноза	9	16
Хидротерапия	31	45
Релаксация	74	90
Физиотерапия	85	93
Плуване	78	80
Ходене	68	71
Йога	53	67
Стречинг	27	68
Колоездене	33	37

и централна невропатна болка. В резултат на възпалителния процес на ставите при СЛЕ се отделят различни цитокини – IL-6, IL-17, IFN α , IL-18, TNF α , B-lymphocyte stimulator. Тези възпалителни медиатори изграят ключова роля в диференциацията, матурацията и активацията на имунокомпетентните клетки. Това води до локален възпалителен процес и тъканно увреждане. Друг вид болка при СЛЕ е лупусното главоболие при 32-66% от пациентите. То е резултат от различни причини, включително невролупус. Връзката между когнитивните нарушения и депресията, болката и умората при болните с невро-психичен СЛЕ не е достатъчно ясна. За хронична дифузна болка съобщават 65-80% от болните със СЛЕ. В случая патогенетичните механизми на тази болка са резултат от централна сензитизация, променено възприятие на периферните ноцицептори и патологични процеси за централна болка, водещи до алодиния и хипералгезия.

Умора се наблюдава при 50 до 80% от болните със СЛЕ. Често тя не е свързана със степента на болестна активност и органни промени.

Припокриване на фибромиалгия с остеоартроза

Остеоартрозата е хронична дегенеративна болест, при която се уврежда ставният хрущял, субхондралната кост, намалява ставната междина и се образуват остеофити. Протича с краткотрайна скованост и хронична болка. ФМ също протича с хронична болка и повишена чувствителност на болка. ФМ и остеоартрозата могат често да се

съчетаят със скованост, нарушения на съня и хронична болка, но двете са различни болести. Установено е, че 13% от болните с остеоартроза страдат от ФМ. Изследването на болката при остеоартроза и ФМ от Arthritis Research Facility в Обединеното кралство установява, че съществува връзка между хроничната болка и промените при остеоартроза. Изследователите заключават, че лечението трябва да е насочено към повлияване на централните механизми на развитие на хроничната болка. Установява се повишена активност на insula cortex за възприемане на болката. Отбелязват, че възприемчивостта за болка е намалена в други структури на мозъка – горзолатерална префронтална кора. Изследователите установяват, че процесите на емоционална възприемчивост също се осъществяват в insula cortex. Те смятат, че при по-добър контрол над тази област на мозъка ще има по-добър контрол върху болката. За болните с ОА и ФМ повишаването на физическата активност има положителен ефект върху контрола на болката. Прилагането на различни спортове – тичане, колхозене, плуване, физически упражнения във вода е с лечебен ефект върху комбинираните симптоми при ОА и ФМ. Наличието на умора е вторият симптом по честота след хроничната болка, който тревожи болните с ФМ и ОА. Болните с ФМ са по-чувствителни на негативни реакции и стрес, отколкото болните само с остеоартроза.

Kleinman извършва анализ на разходите за лечение на ФМ и ОА за една година през 2009 г. и установява, че лечението на ФМ изисква 8 453 щатски долара, за ОА – 11 253 щатски долара за здравни грижи, отсъствие от работа, медикаменти.

Друг изследовател *Sabariego* през

2011 г. потвърждава сходни данни за директни и индиректни разходи при тези болни. *Ozsetin* и съавтори през 2007 г. изследват пациенти с гонартроза, ревматоиден артрит и фибромиалгия. Установяват, че качеството на живот е значително по-ниско при болните от трите групи, които имат придружаваща депресия и/или тревожност.

Остеоартрозата (ОА), болките в гърба и кръста (low back pain, LBP) фибромиалгията (ФМ) са най-честите хронични болести, които се срещат в общата популация. Те са значима причина за нарушения на ежедневието и инвалидност. Генетични, психосоциални и фактори на околната среда играят ключова роля в патогенезата на трите болести. Често срещани оплаквания са болки и скованост в ставите, мускулите и лигаментите, които не винаги се свързват със силната хронична болка. Важно обяснение за това са механизмите на централна сензитизация, абнормна болкова модуляция, неефективен ендогенен контрол на болката, които са основни при тези състояния.

Лечение на ФМ

Терапевтичната програма се състои от медикаментозно и немедикаментозно лечение (Табл. 1).

Най-важният фактор за подобряване на състоянието на болните с ФМ е насочен към:

- Повлияване в положителен аспект на адаптацията и качеството на живот.
- Адекватно лечение на хроничната болка, промените в съня, депресията.
- Изработване на правилна стратегия и индивидуален подход при

Всеки болен.

- Редовни прегледи при общопрактикуващ лекар и специалист ревматолог.

Медикаментите, използвани за лечение на ФМ, са насочени към повлияване на основните механизми, отговорни за развитие на клиничните симптоми при болните. Правилно начертаната стратегия и новите хоризонти в развитието на медикаментозното лечение се базират на големи мултицентрови, плацебо-контролирани и двойно-слепи клинични проучвания върху ефикасността и поносимостта на нови групи медикаменти.

Съвременното възприемане е да се използва мултикомпонентна терапия за ключовите симптоми при ФМ – болка, умора, депресия и тревожност. Това включва комбинация от психологично и фармакологично лечение, физиотерапия и когнитивна помощ. ■

книгопис:

1. Рещкова В. Изследване на болезнените точки при болни с фибромиалгия, лекувани с различни групи медикаменти. Дисертация за придобиване на научно-образователната степен „Доктор“, София, 2013 г.
2. Ana Luiza P. Kasemodel de Araujo, Paliare I. C., Novo, N. F. The association of fibromyalgia and systemic lupus erythematosus change the presentation and severity of both diseases? *Rv bras Rheumatol*, 2015, 55 (1) 37-42.
3. Chardran, A., Schaefer, C., Ryan, K., McNet, M., Zlateva, G. J. The comparative economic burden of mild, moderate and severe fibromyalgia. Result from the retrospective chart review and cross-sectional survey of working-Age US Adults *Manag care Pharm*. 2012, 18, 6, 415-426.
4. Franco, MD, Guzzo, M.P., Spinelli, F.R., Atzeni, F., Sarzi-Puttini. Pain and systemic lupus erythematosus. *Rheumatismo*, 2014, 66 (1), 33-38.
5. Handa, R., Aggarwal, P., Wali, JP., Wig, N., Dwivedi, SN. Fibromyalgia in Indian patients with SLE. *Lupus* 1998, 7, 475-478.
6. Marchione V. Fibromyalgia pain and osteoarthritis linked in how brain experiences chronic pain. *Arthritis Research Facility* 2016, 5.
7. Wolfe F, Craun DJ, Fitzcharles MA et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010, 62:600-610.
8. Wolfe F. New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010, 62:583-584.
9. Wolfe F., Petri M., Alarcon Gs, Goldman, J. Chakravaty, EF, Katz, RS. Fibromyalgia, systemic lupus erythematosus (SLE) and evaluation of SLE activity. *J. Rheumatol.*, 2009, 36, 82-88.