

ФИБРОМИАЛГИЯ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Т.В.Боровая, А.Г.Захаренко, Н.Н.Силивончик, А.И.Хоменко, В.С.Одинец

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г.Минск, Республика Беларусь

Фибромиалгия – хроническое заболевание, проявляющееся распространенным болевым синдромом и болезненностью в определенных анатомических зонах. В статье изложены история развития представлений о фибромиалгии, эпидемиология и возможные механизмы формирования заболевания, клинические признаки, диагностические критерии, методы лечения.

Ключевые слова: фибромиалгия, диффузная боль, прегабалин, антидепрессанты.

Фибромиалгия представляет собой мультисимптомное заболевание, характеризующееся центральными нарушениями восприятия боли с повышенной болевой чувствительностью. Эпидемиологические исследования показывают, что фибромиалгия в США и Канаде отмечается примерно у 2% населения. Заболевание отмечается чаще у женщин в соотношении 2:1, средний возраст начала заболевания составляет 29–37 лет с последующим увеличением заболеваемости в старших возрастных группах [4, 6]. В нашей стране диагноз фибромиалгии устанавливается редко ввиду недостаточной осведомленности врачей, отсутствия убедительных объективных доказательств заболевания и его течения под различными масками.

Впервые симптомы заболевания была описаны в 1904 г. William Gowers, но современные представления о фибромиалгии сформировались в середине 70-х годов прошлого века, когда был предложен термин «фибромиалгия», указывающий на отсутствие воспаления в генезе болевого синдрома. Были установлены локальная повышенная чувствительность, как характерный симптом фибромиалгии и нарушение сна. Следующим этапом (1990г.) стала разработка Американским колледжем ревматологов (ACR) диагностических критериев фибромиалгии [17]. Согласно этим критериям, у пациента с анамнезом хронической диффузной боли должны быть выявлены болезненные точки, определены правила их выявления. В последующем (2010г.) ACR были предложены новые предварительные критерии фибромиалгии [16], однако на практике в качестве ориентира сохраняются критерии 1990г.

Основной симптом фибромиалгии – хроническая диффузная боль, не обусловленная какой-либо патологией скелетно-мышечного аппарата. Боль рассматривается как диффузная, если она присутствует в различных анатомических участках правой и левой половины тела выше и ниже пояса, а

также в проекции позвоночника. Боль, как правило, сочетается с чувством утренней скованности, ощущением отека конечностей, быстрой утомляемостью мышц и парестезиями. Частыми симптомами являются выраженная слабость, нарушения сна, тревога и депрессия. Характерно усиление симптомов при смене погоды, переутомлении, стрессе [4]. В сыворотке крови пациентов с фибромиалгией обнаружено снижение уровня серотонина и аминокислоты триптофана, отмечается снижение активности серотонинергической и норадренергической систем.

Лабораторные и инструментальные методы исследования не информативны. Диагноз основывается на оценке симптоматики клинической картины, результатов физикального исследования с учетом диагностических критериев, которые приведены в таблице.

Диагностические критерии и клинические характеристики фибромиалгии (ACR, 1990):

1. Анамнез диффузной боли (более 3 месяцев) Боль считается диффузной, если она отмечается следующим образом: боль в левой части тела, боль в правой части тела, боль выше пояса и боль ниже пояса. Дополнительно присутствует боль в осевом скелете (шейный отдел позвоночника, или передняя часть грудной клетки, или грудной отдел позвоночника, или в нижней части спины). Боль в плечах и ягодицах рассматривается как боль для каждой пораженной стороны. «Боль в нижней части спины» расценивается как боль в нижней части тела. Боль при надавливании пальцем должна присутствовать не менее чем в 11 из следующих точек: затылок: с двух сторон в области затылочных мышц; нижняя часть шеи: с двух сторон на уровне C5-C7; трапециевидные мышцы: с двух сторон, в средней части верхней границы; надостные мышцы: с двух сторон, над остью лопатки с медиального края; второе ребро: с двух сторон, в районе второго костно-хрящевого сустава не

много латеральнее. латеральный надмышеч-лок: с двух сторон, 2 см дистальнее надмышеч-ков; ягодичные мышцы: с двух сторон, верхний наружный квадрант ягодич; большой вертел: с двух сторон, кзади от вертлужного бу-горка; колено сустав: с двух сторон, меди-альная сторона проксимальнее коленного суста-ва.

Большое значение придается поиску специфических болезненных точек, присутствие которых отличает фибромиалгию от других заболеваний, сопровождающихся хронической костно-мышечной болью. Повышенная чувствительность и болезненность при пальпации – главный и единственный симптом, который может обнаружить врач. Болезненные точки отражают участки повышенной чувствительности к болевым стимулам, а не являются следствием локального воспаления или поражения тканей. При выполнении пальпации 18 болезненных точек рекомендуется оказывать равномерное давление на парные точки и с тем же усилием пальпировать другие участки тела для сравнения чувствительности. Сила пальцевого давления, производимого в этих точках, должно составлять 4 кг (ориентиром нужной силы давления является побеление ногтевого ложа исследователя). Точка учитывается как позитивная, если испытуемый отмечает боль.

В соответствии с диагностическими критериями ACR продолжительность фибромиалгических симптомов должна превышать 3 месяца, присутствовать не менее чем в 11 из 18 возможных точек. Такой временной период обусловлен тем, что появление диффузных мышечных болей и усталости может быть вызвано перенесенной вирусной инфекцией, временным нарушением сна и стрессовыми ситуациями, а также манифестацией других заболеваний. Пальпация имеет большое значение для дифференциального диагноза фибромиалгии с миозитом, синовитом.

В тоже время, специалисты отмечают, что не у всех пациентов с фибромиалгией будет отмечаться повышенная чувствительность более чем в 11 точках, а диагностические критерии предназначены преимущественно для исследовательских целей [1].

Были разработаны диагностические критерии фибромиалгии (академик РАМН А.Б Зборовский и профессор А.Р. Бабаева), которые включают в себя четыре основных признака заболевания [1, 2]:

- распространенная костно-мышечная боль продолжительностью не менее 6 месяцев;
- отсутствие других заболеваний, способных вызвать хроническую боль (ревматических, он-

кологических, эндокринных, психических, хронических инфекций и интоксикаций);

- сочетание хронической боли с психологическими и вегетативными расстройствами;
- наличие специфических болезненных точек, определяемых при пальпации (не менее 5).

Собственный опыт показал, что трехмесячного срока часто недостаточно для исключения дебюта системных заболеваний соединительной ткани, онкологических или других заболеваний, поэтому более целесообразно увеличение срока диагностического поиска до 6 месяцев, а в ряде случаев окончательный диагноз фибромиалгии возможен лишь после наблюдения за пациентом в течение года.

Лечение пациентов с фибромиалгией является сложной задачей, так как эффективность существующих способов лечения невысокая. Современные стратегии лечения основываются на данных многочисленных клинических исследований, показывающих рациональность комплексного подхода, сочетающего различные нефармакологические и фармакологические методы, а также общие мероприятия. Общие мероприятия включают информирование пациента о характере заболевания, соблюдение оптимального режима сна, повышение двигательной активности. Двигательная активность является одним из методов лечения пациентов с фибромиалгией, имеющий наибольшую доказательность [1, 4, 11]. Средства немедикаментозной терапии включают также психотерапевтические методы, фитопрепараты, массаж, занятия аэробикой, плавание. Улучшение сна оказывает значительное положительное влияние на общее состояние пациентов.

Фармакотерапия основана на ряде подходов: уменьшение боли, купирование и/или профилактика центральной повышенной чувствительности, коррекция нарушений сна и депрессии. На практике применяется ряд лекарственных средств с различными механизмами действия.

Эффективность нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в качестве монотерапии невысока, хотя при фибромиалгии их назначают с целью анальгезии. В последнее время отдается предпочтение к назначению ацелофенака [8], как в таблетках, так и в виде крема в микронизированной форме. Микронизация позволяет увеличить растворимость, площадь всасывания и улучшить биодоступность лекарственного вещества.

Основными препаратами фармакотерапии боли является назначение миорелаксантов (баклофен, тизанидин, толперизон). Эти лекарственные средства снижают патологический мышечный тонус,

оказывают собственно анальгетическое действие, усиливают периферическое кровообращение. Имеются указания на их применение при фибромиалгии с положительным эффектом [1, 2], несмотря на отсутствие результатов соответствующих клинических исследований при фибромиалгии. Миорелаксант толперизон, в отличие от других миорелаксантов центрального действия, не вызывает мышечной слабости, не оказывает седативного действия, не взаимодействует с алкоголем, хорошо переносится пожилыми пациентами. [10, 14]. Для обезболивающего эффекта используется анальгетик центрального действия – трамадол [13].

Для лечения тревожных расстройств и депрессии, которые имеют место у пациентов с фибромиалгией, в комплексной терапии могут применяться антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – венлафаксин, пароксетин, сертралин и др. или трициклический антидепрессант amitриптилин, который назначается в виде короткого курса [13]. Механизм анальгетического действия СИОЗС связан с уменьшением тревоги и депрессии, в потенцировании действия анальгетиков и эндогенных опиатных пептидов, а также с собственно анальгезирующим действием, которое заключается в длительной пролонгации синаптической активности серотонина.

Из противосудорожных лекарственных предпочтению отдается прегабалину и габапентину. Прегабалин – аналог гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Для лечения фибромиалгии начальная доза прегабалина – 75 мг 2 раза в сутки. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3-7 дней дозу можно увеличить до 300 мг в сутки, а еще через неделю – до максимальной дозы 600 мг в сутки. Эффективность прегабалина в лечении фибромиалгии оценивалась в ходе мета-анализа результатов рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых приняло участие более 2000 пациентов с фибромиалгией [12, 15], а также в РКИ, опубликованном в 2016 г. [9]. Исследователями для лечения фибромиалгии использовались дозы 150, 300, и 600 мг в сутки в течение 6, 8, 12–14 недель. Показано, что на фоне применения прегабалина отмечалось снижение болей, утомляемости и тревожности, улучшение сна, пациенты отмечали повышение качества жизни.

Габапентин – структурный аналог ГАМК. Известны результаты исследования применения габапентина у пациентов с фибромиалгией, согласно которым на фоне лечения отмечалось досто-

верное снижение интенсивности боли, улучшение пациентами своего состояния и качества сна [5].

В связи с тем, что этиопатогенез фибромиалгии изучен недостаточно, лечение заболевания является непростой задачей, а часто и не эффективным, поэтому пациент после обследования и лечения, возможно, неоднократно в ревматологическом или неврологическом стационарах, остается на уровне первичной медицинской помощи [1, 6, 7]. Вместе с тем знание врачом первого контакта (врачом терапевтом, врачом общей практики) данной патологии, правильное донесение до пациента информации о сущности заболевания, ориентация, прежде всего, на немедикаментозные методы лечения, грамотное использование лекарственных средств позволят решать нелегкую задачу ведения пациента с фибромиалгией.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Б.Данилов/ Терапия боли. Диагностика и лечение фибромиалгии // Эффективная терапия. Неврология. 2010; 5: 6-12.
2. А.Б.Зборовский, А.Р.Бабаева. Клинические критерии диагноза первичной фибромиалгии // Клин. медицина. 1998; 8: 18-21.
3. А.Б.Зборовский, А.Р.Бабаева. Синдром первичной фибромиалгии // Новый мед. журн. 1996; 5: 17-22.
4. Г.Р.Табеева Р. Современные принципы лечения фибромиалгии // РМЖ. 2011; 19: 914-923.
5. Arnold L. M., Goldenberg D. L., Stanford S. B. et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial // Arthritis Rheum. 2007; 56: 1336–13443.
6. Binkiewicz-Glinska A., Baula S., Tomczak H. et al. Fibromyalgia syndrome – a multidisciplinary approach // Psychiatr. Pol. 2015; 49: 801-810.
7. Buskila D., Neumann L., Sibirski D., Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians // Fam. Pract. 1997; 14: 238-241.
8. Castellsague J., Riera-Guardia N., Calingaert B. et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project) // Drug Saf. 2012; 35: 1127 – 1146.
9. Clair A., Emir B. The safety and efficacy of pregabalin for treating subjects with fibromyalgia and moderate or severe baseline widespread pain // Curr. Med. Res. Opin. 2016. V. 27/N.1, 1-10.
10. Dulin J., Kovacs L., Ramm S. et al. Evaluation of sedative effects of single and repeated doses of 50 mg and 150 mg tolperisone hydrochloride. Results of a prospective, randomized, doubleblind, placebocontrolled trial // Pharmacopsychiat. 1998; 31: 137–142.
11. Elizagaray-Garcia I., Muriente-Gonzales J., Gil-Martinez A. Education for patients with fibromyalgia. A systemic review of randomized clinical trials // Rev. Neurol. 2016; 62: 49-60.

12. Hauser W., Bernardy K., Uceyler N. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin: a meta-analysis of randomized controlled trials // Pain. 2009; 145: 69–81.
13. Liu Y, Qian C, Yang M/ Treatment patterns associated with ACR-recommended medications in the management of fibromyalgia in the United States // J Mamag Care Spec Pharm. 2016. V.22. N.3. 263-271.
14. Quasthoff S., Muckel C., Zieglgansberger W. et al. Tolperisone: a typical representative of a class of centrally acting muscle relaxants with less sedative side effects // CNS Neurosci Ther. 2008; 14: 107–119.
15. Straube S., Derry S., Moore R., McQuay H. Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports // Rheumatology. 2010; 49: 706–715.
16. Wolf F., Clauw D., Fitzcharles M.-N. et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity // Arthr. Care Res. 2010; 62: 600–610.
17. Wolf F., Smythe H.A., Yunus M.B. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia // Arthr. Reum. 1990; 33: 160-172.

FIBROMYALGIA. PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

T.V.Borovaya, A.G.Zakharenko, N.N.Silivonchik, A.I.Khomenko, V.S.Odinets
Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Fibromyalgia is a chronic disease characterized by widespread pain and tenderness in specific anatomic areas. The article describes the history of the development of ideas on fibromyalgia, epidemiology and possible mechanisms of disease, clinical features, diagnostic criteria, treatment.

Keywords: fibromyalgia, diffuse pain, pregabalin, antidepressants.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫСОКОЙ ТИБИАЛЬНОЙ ОСТЕОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА III СТАДИИ. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В.Е.Бялик, С.А.Макаров, Е.И.Бялик, Л.И.Алексеева

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой»
(ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой), г.Москва, Российская Федерация

При 3 стадии гонартроза подход к оперативному лечению у травматологов-ортопедов разный: тотальное эндопротезирование или высокая тиббиальная остеотомия. В период с 2003 по 2016г. выполнено 26 высоких тиббиальных остеотомий. Боль по шкале ВАШ и функция по Insall до операции, через 3 месяца и год: ВАШ 74, 20, 13. Insall: 70, 136, 149. Полученные результаты сопоставимы с таковыми после эндопротезирования.

Ключевые слова: остеартроз, коленный сустав, высокая тиббиальная остеотомия

Остеоартроз (ОА) – наиболее частое и распространенное заболевание суставов, ассоциированное с возрастом, приводящее к развитию функциональной недостаточности и последующей потере трудоспособности у взрослых [1, 17].

ОА страдает около 10–12% (около 15 млн. человек) населения Российской Федерации (РФ) [1–4]. Распространенность ОА коленного сустава (КС) по рентгенологическим данным составляет 14100/100000 у мужчин и 22800/100000 у женщин [5, 18]. На долю первичного ОА КС

приходится около 38% случаев [2, 3]. В 86% случаев ОА КС страдают люди трудоспособного возраста [6]. При гонартрозе снижение качества жизни отмечают до 80% пациентов [2], а снижение работоспособности и инвалидизация людей трудоспособного возраста составляют от 10 до 21% [2, 7]. Число больных ОА ежегодно растет, что связано с увеличением продолжительности жизни [2, 8]. К 2020 г. прогнозируется удвоение числа заболевших во всех возрастных группах. Особенно большой прирост боль-