

О.Г. Морозова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой рефлексотерапии, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Фибромиалгия: вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и терапии

Фибромиалгия (ФМ) является наиболее распространенной формой хронических миалгических синдромов, эффективность лечения которой во многом зависит от своевременной диагностики. Пациенты, страдающие ФМ, попадают в поле зрения врачей многих специальностей: ревматологов, неврологов, специалистов по болевому синдрому, врачей общей практики. По данным статистики, ФМ страдает 2-4% населения, при этом в общеклинической практике она составляет 6-10%, в ревматологической – свыше 15%. Однако, несмотря на распространенность, этот диагноз в мире, в том числе и в Украине, ставится крайне редко. Это связано с необычными проявлениями болезни, недостаточной информированностью врачей и отсутствием четких диагностических критериев. Существуют принципиальные разногласия по поводу ее нозологической самостоятельности, тем не менее ФМ – несомненно один из наиболее часто встречающихся симптомокомплексов.

Вследствие эволюции взглядов на природу заболевания (когда его перестали рассматривать как воспалительное заболевание мышечной ткани) произошло «вытеснение» ФМ из рамок чисто ревматологической патологии, вплоть до того, что некоторые авторы вообще предлагали исключить ее из списка ревматических болезней (G. Grifing, 2008). В настоящее время ФМ признают междисциплинарной проблемой и изучают в рамках различных медицинских специальностей: ревматологии, неврологии, эндокринологии, психиатрии.

В силу традиций больные этим заболеванием наиболее часто представлены в клинике ревматологии, однако встречаются и в неврологической, и в психиатрической практике. Диагноз ФМ практически отсутствует в повседневной практике врачей-специалистов. Ревматологи и неврологи чаще всего оценивают больных с этой патологией в соответствии с ведущими коморбидными проявлениями (ставят диагноз «распространенный остеохондроз», «хронический миофасциальный болевой синдром», «остеоартроз», «головные боли напряжения», «панические атаки» и т.д.), недооценивая роль и значимость стресса и психологических нарушений у этих больных. С другой стороны, больные ФМ встречаются и в практике психиатров, которые тоже не ставят этот диагноз, поскольку не подвергают анализу соматическое состояние больных (не исследуют чувствительные точки и т.д.).

За рубежом ФМ на сегодня – одно из наиболее частых амбулаторных заболеваний, которое занимает 2-3 место среди всех обращений к ревматологу.

В то же время в отечественной практике этот диагноз ставится очень редко, так как ФМ до сих пор недостаточно хорошо известна нашим врачам и недостаточно признается ими как самостоятельное заболевание.

Что такое ФМ?

Существует несколько определений ФМ, одно из них: «диффузная симметричная мышечно-скелетная боль, носящая хронический характер». Название происходит от латинского *fibro* – «волоконно», *myo* – «мышца», *algos* – «боль». ФМ можно также назвать синдромом хронической распространенной невоспалительной мышечной боли с наличием характерных болевых точек (*tender points*), определяемых при пальпации, слабостью, утомляемостью, нарушением сна, утренней скованностью, а также разнообразными психологическими и вегетативными нарушениями при отсутствии органических повреждений со стороны органов и систем, объясняющих данную симптоматику.

Среди всех форм хронических болевых синдромов ФМ – лидер по представленности депрессии, степени дезадаптации пациентов, страдающих этим заболеванием, т.е. по степени снижения качества их жизни.

У кого чаще развивается ФМ? В каком возрасте?

Значительно чаще ФМ страдают женщины (соотношение 7-10:1). Эта патология одинаково часто распространена среди всех этнических групп и культур. ФМ может наблюдаться в любом возрасте, однако преобладающим является период от 25 до 45 лет, т.е. наиболее трудоспособный возраст. Симптомы ФМ, встречающиеся впервые у больных старше 55-60 лет, являются признаками других заболеваний (инфекции, опухоли, артрит).

Диагностируется заболевание, как правило, через 6-10 лет после начала, когда пациенты уже испытывают выраженные клинические признаки, потерю работоспособности, что побуждает их обратиться к врачу. При этом хорошо известным является факт высокой дезадаптации этих больных: примерно 70% из них теряют трудоспособность, а более чем у 90% больных существенно снижается качество жизни.

Этиология и патогенез

Считается, что один из важнейших механизмов формирования хронической боли при ФМ – феномен центральной сенситизации (ЦС). Он характеризуется тем, что после длительной периферической ноцицептивной стимуляции остается определенный уровень возбуждения в центральных сенсорных нейронах заднего рога, который поддерживает боль даже при отсутствии в дальнейшем периферической патологии. Однако в многочисленных исследованиях продемонстрировано, что ЦС может развиваться при нарушениях в центральной нервной системе (ЦНС) без периферического повреждения. Поэтому нередко пациентов с ФМ, у которых не обнаруживают периферических изменений, врачи рассматривают как симулянтов или больных с истерией. Некоторые врачи, не находя органическую причину боли, используют такие диагностические ярлыки, как психосоматические и соматоформные расстройства.

Однако сегодня убедительно показано, что ЦС, а также нарушение нисходящего (норадренергического и серотонинергического) ингибиторного контроля боли возникают при ФМ не вследствие периферических изменений в мышцах, фасциях, связках или соединительной ткани, а в результате нейродинамических нарушений в ЦНС у лиц с генетической предрасположенностью под воздействием большого количества стрессовых (физических и психических) событий. Возможными факторами, запускающими развитие ФМ, являются:

- периферические болевые синдромы;
- инфекции (парвовирус, вирус Эпштейна-Барр, клещевой боррелиоз, Q-лихорадка);
- физическая травма (дорожно-транспортные происшествия и т.п.);
- психическое напряжение/дистресс;
- гормональные нарушения (гипотериоз);

- медикаменты;
- вакцины.

Доктор Muchammad Yunus, один из пионеров исследований ФМ и автор одних из ранних критериев ее диагностики, разработал концепцию синдрома спектра нарушения регуляции (DSS – Dysregulation Spectrum Syndrome). Это множество сходных состояний, которые имеют общие клинические характеристики и похожие патофизиологические механизмы. Помимо ФМ, Yunus включил в это семейство еще 8 состояний: синдром хронической усталости (CFS – chronic fatigue syndrome), синдром раздраженного кишечника (IBS – irritable bowel syndrome), головные боли при мигрени, первичная дисменорея, синдром PLMS (periodic limb movements during sleep), синдром беспокойных ног (RLS), синдром боли в височно-нижнечелюстном суставе (TMJ) и синдром миофасциальной боли.

Считается, что члены семейства DSS имеют следующие общие характеристики: 1) встречаются в тех же популяционных группах; 2) имеют общие признаки (боль, усталость, нарушения сна, чаще встречаются у женщин и т.д.); 3) наблюдается повышенная чувствительность к боли (аллодиния); 4) патология



О.Г. Морозова

в классическом медицинском смысле не обнаруживается (воспаление, повреждение тканей и т.д.); 5) имеют одинаковую распространенность психологических жалоб (беспокойство, депрессия, стресс); 6) вероятно, имеют генетическую основу; 7) могут быть объяснены на основании дисфункции нейроэндокринной системы (нарушение уровней нейромедиаторов и гормонов различных эндокринных желез); 8) пациенты с этими болезнями получают пользу от системной терапии.

Исследования ФМ последних двух десятилетий показали, что болевой порог зависит от степени дистресса. Многие психологические факторы, такие как сверхнастороженность, мнительность, катастрофизация, внешний локус контроля боли, могут играть важную роль в степени выраженности симптомов заболевания. Специальные исследования показали, что у пациентов с ФМ снижена серотонинергическая и норадренергическая активность. Также было обнаружено, что у таких пациентов наблюдается снижение уровня сывороточного серотонина и его предшественника L-триптофана, а также снижение основного метаболита серотонина в ликворе – 5-гидроксииндола ацетат. В подтверждение этих данных говорит тот факт, что препараты, которые одновременно повышают

Таблица 1. Диагностические критерии и клинические характеристики ФМ (American College of Rheumatology, 1990)

Критерий ACR	Определение
Анамнез диффузной боли (более 3 мес)	Боль считается диффузной, если она присутствует в 4 квадрантах тела (левая и правая половина туловища, выше и ниже пояса). Должна присутствовать также аксиальная боль (шейный отдел позвоночника или передняя часть грудной клетки, или грудной отдел позвоночника, или поясница). Боль в плечах и ягодицах рассматривается как боль для каждой стороны тела.
Боль по крайней мере в 11 из 18 чувствительных болезненных точек при пальпации	Затылок: в местах прикрепления подзатылочных мышц с каждой стороны Нижняя часть шеи: билатерально спереди на уровне C5-C7 Трапециевидные мышцы: билатерально, в средней части верхней границы Надостные мышцы: билатерально над остью лопатки с медиального края Второе ребро: билатерально, в районе второго костно-хрящевого сустава, латеральнее этого перехода Латеральный надмыщелок плечевой кости: билатерально на 2 см дистальнее надмыщелка Ягодичные мышцы: билатерально верхненаружный квадрант ягодиц Большой вертел: билатерально, кзади от вертлужного бугорка Колено: билатерально, медиальная сторона коленного сустава
Клинические симптомы	Описание со слов пациента
Повышенная утомляемость	Вялость, отсутствие мотивации; трудности при движении или физической нагрузке
Качество жизни	Влияние на способность составлять планы, достигать целей или выполнять задания
Общие функции	Снижение повседневной бытовой активности
Болезненность	Болезненность при касании
Сон	Плохо засыпает, поверхностный сон, вялое пробуждение
Нарушение когнитивных функций	Трудности концентрации внимания, заторможенность
Ригидность	Скованность по утрам
Депрессия/тревожность	Чувство усталости, разочарования, грусть

уровни серотонина и норадреналина (трициклические антидепрессанты, дулоксетин, милнаципран и трамадол), обладают эффективностью в лечении ФМ. Нейробиологические доказательства того, что ФМ является состоянием с повышенной болевой чувствительностью (ЦС) и нарушениями процессов восприятия, подтверждаются результатами аппаратных методов диагностики: однофотонной эмиссионной компьютерной томографией и функциональной магнитно-резонансной томографией.

Диагностические критерии ФМ

В 1990 г. Американской коллегией ревматологов были разработаны методические рекомендации по диагностике этого заболевания (критерии ACR) (табл. 1). Хотя эти критерии не предназначены для использования в клинических условиях, а только в рамках исследований, тем не менее они обеспечивают более чем 85% точность в дифференциальной диагностике пациентов с ФМ от похожих заболеваний.

Итак, критерии болевого синдрома при ФМ включают два основных пункта:

1. Наличие диффузной боли, распространяющейся на обе половины тела, верхние и нижние конечности, длящейся не менее 3 мес;

2. Наличие не менее 11 из 18 специфических болезненных точек, определяемых как tender points (ТР).

Следует отметить особую значимость последнего пункта, так как именно ТР являются единственным специфическим феноменом и главной составной частью ФМ, их количество прямо коррелирует с тяжестью заболевания. ТР имеют характерные особенности: чтобы вызвать боль, достаточно легкого усилия; при пальпации можно получить ту боль, которая у больных возникает спонтанно; болезненные точки расположены строго в определенных местах, т.е. имеется специфическая карта ТР (рис.).

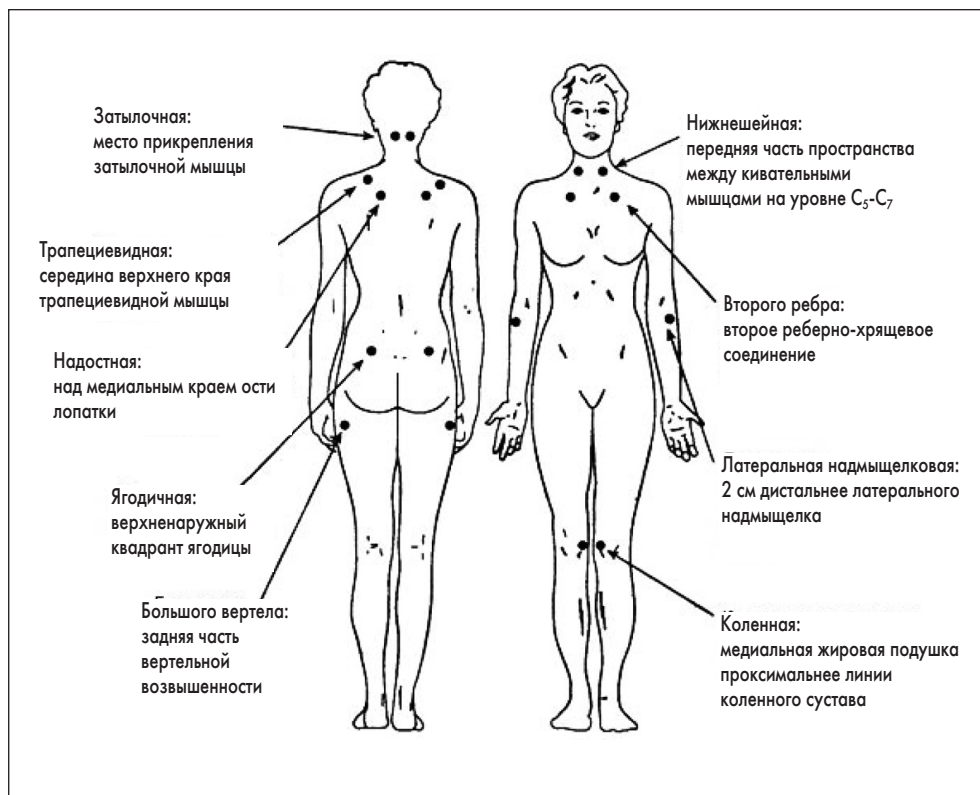


Рис. Карта ТР при ФМ

Каким образом следует проводить обследование и интерпретировать результаты обследования болезненных точек?

1. Все диагностические точки парные.
2. Давление, производимое в этих точках, должно составлять 4 кг/см – надавливание, при котором белеют ногтевые ложа исследователя. 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. У больных с ФМ в болезненных точках наблюдается повышенная чувствительность по

сравнению с другими участками тела. Болезненные точки отражают участки повышенной чувствительности к болевым стимулам, а не являются следствием локального воспаления или поражения тканей.

3. Надавливание сопровождается выраженной болью (вплоть до симптома «прыжка»). «Чувствительность» не рассматривается как болезненность.

4. Боль локализована только в пределах зоны давления, иррадиация боли отсутствует.

5. Характерной особенностью является воспроизводимость боли в болезненных точках, когда после пальпации она сохраняется в них еще в течение некоторого времени.

6. Дискомфорт в зонах болезненных точек ощущается не всегда и может выявляться только при врачебном исследовании.

7. Контрольное применение долориметра позволяет объективизировать результаты исследований. Граница болевых ощущений в большинстве анатомических зон находится в пределах нагрузки 2 кг/1,27 см (в контрольной группе здоровых лиц около 6-8 кг/1,27 см).

Само понятие tender point не следует путать с термином trigger point, который используется для характеристики миофасциальных болезненных синдромов (МФБС) (понятие trigger обозначает «запускающий болевой паттерн»). Некоторые характерные феномены, разграничивающие эти синдромы, представлены в таблице 2.

Попытки разграничения ФМ и МФБС не всегда оправданы, поскольку клинические наблюдения за этими болезнями демонстрируют общность целого ряда клинических проявлений – роль позных нагрузок, физической травмы, эмоционального напряжения и т.д. Об общности некоторых патогенетических механизмов обоих заболеваний свидетельствует эффективность локальной терапии, в том

числе и немедикаментозной. Понятно, что МФБС легче формируется у пациентов со сниженной толерантностью к боли. Соотношение ФМ и МФБС является спорным вопросом. По этому поводу существуют разные точки зрения (Bohr T., 1996; Simons D.G., 1996): от жесткого разграничения до признания одного клинического вариантом другого. В этом смысле понятие ФМ, по-видимому, шире и включает в себя множество алгических, психических, вегетативных и других проявлений. Многолетний опыт наблюдения за пациентами, страдающими МФБС, показывает, что, возможно,

Таблица 2. Сравнение клинических проявлений ФМ и МФБС

Признак	ФМ	МФБС
Соотношение мужчин и женщин	1:10	1:1
Распространенность боли	Диффузная	Локальная
Болевой паттерн	Не характерно	Характерно
Течение заболевания	Хроническое	Острое
Характер боли	Хронический	Острый
«Симптом прыжка»	Отсутствует	Присутствует
Наличие болезненных мышечных уплотнений	Не характерно	Характерно
Гиперчувствительность кожи	Присутствует	Отсутствует
Локальное терапевтическое воздействие	Не эффективно	Эффективно
Симметричность	Всегда двусторонность	Как правило, односторонность
Болевые пороги	Снижены в ТР и вне болевой зоны	Снижены только в болевой зоне
Уровень боли по ВАШ	Не выше 50%	Выше 50%
Вегетативные проявления	Полисистемные, чаще пароксизмальные	Локальные
Нарушения сна	В 98%	Не характерны
Депрессия	В 96%	Не характерна

при генетической и конституциональной предрасположенности наличие многочисленных латентных триггеров и генерализация локальных миофасциальных болей может способствовать ЦС, возникновению эмоционально-вегетативных расстройств, формированию болевой личности и синдрома ФМ. Конечно же, вопросы соотношения МФБС и ФМ требуют дальнейшего изучения.

Наряду с описанными наиболее характерными клиническими синдромами у больных ФМ отмечается симптомокомплекс разнообразных соматических, психических и других нарушений, который в целом приводит к резкой дезадаптации и снижает качество жизни этих больных. Наличие положительной реакции более чем в 11 из 18 болезненных точек определено диагностическим критерием на основании анализа статистических данных больших популяций больных. Однако не обязательно у всех пациентов с ФМ будет отмечаться повышенная чувствительность в более чем 11 точках. Еще раз следует отметить, что критерии ACR предназначены для исследовательских целей, а не для постановки диагнозов конкретным больным. Тем не менее обследование болезненных точек считается важной частью изучения функционирования скелетно-мышечной системы у больных с синдромом генерализованной боли. Пальпация мягких тканей и суставов позволяет выявить зоны повышенной чувствительности. Это обследование позволяет исключить синовит или миозит и является очень важным в диагностике заболевания.

Как видно из критериев ACR, ФМ – это не только болевой синдром. Это состояние включает в себя целый комплекс беспокоящих больного симптомов. Наряду с хронической диффузной болью другим типичным симптомом заболевания является повышенная утомляемость. Это состояние наиболее ярко проявляется при пробуждении, но встречается и во второй половине дня. Незначительная физическая нагрузка способна резко усилить боль и усталость, хотя длительный отдых и отсутствие активности также могут обострять симптоматику.

К самым частым проявлениям ФМ относятся нарушения сна. Пациенты с ФМ по утрам чувствуют скованность в теле и ощущают себя невыспавшимися, даже если спали 8-10 часов. Такие больные обычно спят некрепко, часто просыпаются и трудно засыпают. При исследовании полисомнографии у таких пациентов наряду с редукцией медленного сна обнаружен интересный феномен, названный «альфа-дельта сном». Суть его заключается в том, что в структуре медленноволновой

активности, характерной для глубоких стадий сна, обнаруживаются фрагменты быстрых колебаний, характерных для бодрствования. Выраженность этих изменений находится в прямой связи с такими клиническими симптомами, как поверхностный сон и отсутствие удовлетворенности ночным сном.

Разнообразные психологические и поведенческие нарушения выявляются у 2/3 пациентов с ФМ. Депрессивные нарушения диагностируются при данном заболевании в 80% случаев (при 12% в популяции), тревожные – в 63,8% (в популяции – 16%).

По мере усиления болевого синдрома и длительности течения заболевания психологические факторы становятся ведущими в клинической картине ФМ и в свою очередь способствуют генерализации процесса. Пациенты с ФМ отличаются раздражительностью, высоким уровнем тревожности, инертностью, астенией, ухудшением памяти и внимания.

Общность таких клинических симптомов ФМ и депрессии, как нарушение сна, тревожные расстройства, головные боли напряжения, утомляемость, синдром раздраженного кишечника, и очевидная терапевтическая роль трициклических антидепрессантов при обоих состояниях могут служить доказательством в пользу наличия общей биохимической основы этих заболеваний. Однако рекомендуемые дозы антидепрессантов у больных с ФМ значительно ниже, а ответная реакция гораздо более быстрая, чем у пациентов с депрессией. В связи с этим существует мнение, что синдром первичной ФМ является вариантом депрессивных нарушений или одним из проявлений соматизированной депрессии. Но этому противоречат данные об отсутствии психопатических расстройств у больных в первые 6 мес развития заболевания, тогда как при давности болезни более 2 лет они выявились более чем у 2/3 пациентов.

Анализ проведенных исследований по связи ФМ и психиатрических расстройств позволяет сделать следующие выводы.

- ФМ не является психиатрическим заболеванием.
- Большинство пациентов с этой патологией не страдают другими активными психиатрическими заболеваниями.
- Наличие какой-либо психиатрической аномалии не является условием для развития ФМ.
- Существенные психологические проблемы выявляются специалистами у 2/3 больных ФМ. Эти показатели

Продолжение на стр. 10.

**О.Г. Морозова, д.м.н., профессор, завідувача кафедри рефлексотерапії,
Харьковська медична академія післядипломного образования**

Фіброміалгія: питання діагностики, дифференціальної діагностики і терапії

Продолжение. Начало на стр. 8.

значительно ниже в случае наблюдения пациентов с этим заболеванием врачами общей практики.

- Выраженность психологических факторов у больных ФМ коррелирует с болью и эффективностью лечения.

- В процентном отношении больные ФМ и их родители значительно чаще

высокую чувствительность (90,5%) и специфичность (85,7%). Важно отметить, что опросник предназначен для скрининга и только по нему диагноз ставить нельзя. Пациенты, набравшие 5 и более баллов по опроснику FіRST, должны быть тщательно обследованы для постановки достоверного диагноза ФМ.

	Да	Нет
Боль по всему телу		
Боли сочетаются с постоянным ощущением изнеможения		
Боль похожа на жжение, удары током или судороги		
Боль сочетается с другими необычными ощущениями по всему телу типа мурашек, покалывания и онемения		
Боль сочетается с другими нарушениями (проблемы с пищеварением, мочеиспусканием, головные боли, синдромом беспокойных ног, особенно перед сном)		
Боль сильно влияет на жизнь, особенно на сон и возможность сконцентрироваться, отмечается заторможенность		

имеют в анамнезе депрессию, чем больные с ревматоидным артритом и контрольная группа здоровых лиц.

- Уровень ежедневного стресса у больных ФМ значительно выше, чем у больных с ревматоидным артритом.

Недавно был предложен опросник FіRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) для проведения скрининга на выявление ФМ (табл. 3). Преимуществами опросника являются его краткость и простота заполнения. Следует подчеркнуть его

Лечение ФМ

Специально проведенный анализ различных немедикаментозных методов лечения ФМ показал, что достоверной эффективностью обладают когнитивная поведенческая терапия и физкультура. На фоне проведения обоих методов отмечалось стойкое улучшение симптомов ФМ на протяжении одного года и более. Позитивную роль играет мануальная терапия и акупунктура. Важной является двигательная активность пациентов.

Стратегией медикаментозного лечения ФМ является уменьшение боли.

Антидепрессанты

Среди лекарственных препаратов одними из первых для лечения болевого синдрома при ФМ были использованы трициклические антидепрессанты (ТЦА). Было показано, что amitриптилин способен купировать интенсивность болей, укреплять сон и снижать утомляемость больных с ФМ. При этом антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин, сертралин, циталопрам, пароксетин) показали низкую эффективность в ходе рандомизированных плацебо-контролируемых исследований.

Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран) оказались более эффективными, чем СИОЗС. Эти препараты, также как и ТЦА, ингибируют обратный захват серотонина и норадреналина, однако, в отличие от ТЦА, практически не влияют на другие рецепторы. Такая избирательность приводит к снижению побочных эффектов и лучшей их переносимости. Данные по венлафаксину говорят о его успешном применении для лечения нейропатической боли и ФМ.

Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA) в качестве средства из группы ИОЗСН для лечения большого депрессивного расстройства, нейропатической боли при сахарном диабете и ФМ утвержден дулоксетин.

Милнаципран, который широко используется в качестве антидепрессанта, утвержден FDA для лечения ФМ. Несмотря на то, что многие хронические болевые синдромы, включая ФМ, сопровождаются депрессиями, некоторые исследования показали, что анальгетическая активность антидепрессантов не зависит от их влияния на эмоциональный статус больных.

Недавний метаанализ результатов 18 РКИ подтвердил то, что антидепрессанты могут снижать интенсивность боли при ФМ, уменьшать депрессию, утомляемость, восстанавливать сон и повышать качество жизни.

Антиконвульсанты

Прегабалин, лиганд альфа-2-дельта-кальциевых каналов, утвержден для лечения нейропатической боли и был первым препаратом, рекомендованным FDA для лечения ФМ. Прегабалин связывается с альфа-2-дельта-участком потенциалозависимых кальциевых каналов в ЦНС. Вследствие уменьшения притока кальция внутрь нейронов снижается высвобождение субстанции P, глутамата и норадреналина, обеспечивая анальгезирующее и анксиолитическое действие прегабалина. Активность этого препарата ограничена нейронами и не влияет на сосудистые кальциевые каналы.

Эффективность прегабалина в лечении ФМ оценивалась в ходе метаанализа результатов шести РКИ, в которых приняло участие более 2000 пациентов с этим заболеванием. Показано, что прегабалин вызывает снижение боли при ФМ, улучшает сон и повышает качество жизни, но не влияет на тяжесть депрессивного настроения. Кроме того, у пациентов, получавших прегабалин, отмечается снижение утомляемости и тревожности.

Габапентин также рекомендован к применению для лечения ФМ с уровнем доказательств С.

Трамadol – это анальгетик центрального действия, который связывается с опиоидными рецепторами и ингибирует

обратный захват норадреналина и серотонина. Комбинация парацетамола с трамодолом в отношении 8:1 показала синергизм обоих препаратов в условиях доклинических моделей боли. В ходе 13-недельного многоцентрового РКИ трамadol/парацетамол в дозах 37,5 мг/325 мг купировали боль при ФМ более эффективно, чем плацебо. Все нежелательные явления, зарегистрированные в ходе этого исследования (транзиторные и несерьезные нежелательные явления), представляли собой хорошо известные осложнения трамодола: головокружение (вертиго), тошнота, рвота, запор, сонливость, головная боль и слабость.

Бензодиазепины

Эффективность бензодиазепинов в лечении ФМ до конца не изучена. Многие исследования дали противоречивые результаты. Например, бензодиазепины, включая алпразолам (0,5-3,0 мг перед сном), не показали преимуществ перед плацебо для лечения боли при ФМ, но клоназепам достаточно эффективно купировал болевой синдром височно-нижнечелюстного сустава, который часто наблюдается при этой патологии. Кроме того, препарат достаточно эффективно купировал синдром беспокойных ног, который является частой причиной беспокойного и прерывистого сна у пациентов с ФМ.

Местные анестетики

Для лечения пациентов с ФМ системно применялся лидокаин: однократные и курсовые инфузии лидокаина в дозах 5-7 мг/кг приводили к достаточно заметному снижению боли у пациентов В ходе недавнего РКИ с участием пациентов с этим заболеванием выполняли инъекции лидокаина 50 мг в болевую точку в области трапециевидной мышцы. В результате было замечено не только локальное снижение боли в месте инъекции, но и общий анальгезирующий эффект. Это исследование показало важную роль периферических тканей в развитии гипералгезии при ФМ и доказало возможность клинического применения локальных инъекций анестетиков для купирования боли.

Таким образом, на сегодняшний день существуют четыре основных направления в лечении ФМ: 1) уменьшение периферической боли, в частности боли в мышцах; 2) профилактика ЦС; 3) нормализация нарушенной сна; 4) лечение сопутствующей патологии, в частности депрессии. Первый подход в большей степени направлен на купирование острой боли при ФМ и включает применение физиотерапии, миорелаксантов, мышечных инъекций и анальгетиков. ЦС успешно купируется когнитивной поведенческой терапией, коррекцией сна, антидепрессантами и антиконвульсантами. Нарушения сна корректируются снижением стрессового воздействия, аэробными физическими нагрузками и агонистами гамма-аминомасляной кислоты. Медикаментозная и поведенческая терапия вторичного болевого аффекта (тревожность, депрессия, страх) являются одними из самых перспективных лечебных стратегий при ФМ. Любые комбинации этих подходов могут быть весьма полезными для пациентов. Всеми специалистами подчеркивается необходимость комплексного мультимодального подхода в терапии ФМ, включающего как фармакологические, так и немедикаментозные методы.

Курация пациентов с ФМ – трудоемкое искусство, требующее индивидуального подхода, сочетания лекарственных и нелекарственных методов терапии, а также активного участия пациента в лечении.

Інформація

До уваги лікарів-психіатрів!

Асоціація «Здоров'я України» запрошує читачів взяти участь у спеціалізованому семінарі, розробленому із залученням провідних internet-технологій. На сайті асоціації <http://edu.medstrana.com> стартує комплексний курс для спеціалістів у сфері психіатрії на тему

«Задачі та проблеми оцінки функціонування особистості при шизофренії. Шкала особистісного і соціального функціонування (PSP) як інструмент оцінки стану пацієнта».

Проблема шизофренії є однією з найбільш актуальних у сучасній психіатрії, перш за все з точки зору прогнозу захворювання, вибору та оцінки ефективності терапії, соціальної реабілітації пацієнтів. Лікарям-психіатрам відомо, що деяке покращення симптоматики, якого вдається досягнути у хворих, не є кінцевою метою лікування. Довготривала мета – інтеграція пацієнта у суспільство, покращення його соціального функціонування. У зв'язку з цим виникає ряд питань щодо методики оцінки можливості досягнення цієї мети. В останні роки у США та Європі проведено кілька широкомасштабних і незалежних від фармацевтичних компаній досліджень, які дозволяють зробити висновок, що оцінку результатів терапії слід проводити за допомогою стандартизованих інструментів. Серед різних інструментів, що використовуються у світі, найкраще себе зарекомендувала шкала PSP. Вона базується на критеріях DSM-IV і є продовженням шкали оцінки соціального і професійного функціонування (Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS). В Європі шкала застосовується не лише медпрацівниками, а й фахівцями реабілітаційних центрів для подальшої оцінки ефективності реабілітації пацієнтів із шизофренією.

Проходження цього курсу дає можливість не тільки ознайомитися з новітніми тенденціями у сфері психіатрії, а й отримати додаткові матеріали, навчитися використовувати шкалу PSP у своїй практиці, долучитися до аналізу клінічного випадку. Програма курсу включає текстові, аудіо- та відеоматеріали, що дозволяють у повній мірі розглянути проблематику запропонованої теми.

Участь у цьому проєкті не потребує спеціального обладнання, окрім комп'ютера з доступом до мережі Internet, та є безкоштовною.