Современные диагностические подходы при фибромиалгии

А.Н. Калягин

Иркутский государственный медицинский университет

Представлены современные данные о фибромиалгии, новые классификационные критерии заболевания, а также важнейшие вопросы ведения этой категории больных.

Ключевые слова: фибромиалгия, критерии диагностики, лечение.

Контакты: Алексей Николаевич Калягин akalagin@mail.ru

CURRENT DIAGNOSTIC APPROACHES FOR FIBROMYALGIA

A.N. Kalyagin

Irkutsk State Medical University

The paper gives an update on fibromyalgia, new classification criteria for the disease, and the most important issues in the management of this category of patients.

Key words: fibromyalgia, diagnostic criteria, treatment.

Contact: Alexey Nikolaevich Kalyagin akalagin@mail.ru

Распространенные мышечные боли — частая проблема, с которой сталкиваются врачи разных специальностей — терапевты, неврологи, ревматологи и др. Чрезвычайно часто эти боли носят функциональный характер и совпадают по клиническим особенностям с болями при других заболеваниях (функциональные расстройства желудочно-кишечного и билиарного тракта, головная боль напряжения, нейроциркуляторная дистония и т. д.). Функциональные распространенные мышечные боли получили название фибромиалгии (ФМ). Как клинически очерченный синдром ФМ была описана в 1904 г. W. Gowers, который назвал ее «фиброзитом», кроме того, в литературе долгое время использовались разные термины: «миофиброллез», «миозит», «нейроостеофиброз», «вегетомиозит», «мышечный ревматизм», «ревматизм мягких тканей» и др.

ФМ — это симптомокомплекс, проявляющийся хронической распространенной мышечной болью и наличием болезненных точек, располагающихся в определенных анатомических зонах. В МКБ-10 она отнесена к разделу «Неуточненный ревматизм».

Эпидемиология. Частота ФМ в популяции — около 4% (по разным данным, от 1 до 13%), среди пациентов врача общей практики — от 6 до 10%, а среди обратившихся к ревматологу — более 15%. Считается, что 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). Нет существенных различий в распространенности ФМ в разных этнических группах. Приводятся разные данные о возрасте, в котором встречается заболевание. Одни авторы указывают возраст от 25 до 45 лет, другие отмечают увеличение встречаемости симптомов ФМ с возрастом. Так, у женщин 20—40 лет ФМ отмечается в 3,9% случаев, 40—60 лет — в 5,8%, 55—64 лет — в 8%, 60—79 лет —

в 7%. Больные ФМ имеют высокий риск социальной дезадаптации и фрустрации — примерно 70% теряют трудоспособность, а более чем у 90% существенно снижается качество жизни [1—3].

Этиология и патогенез. Причины возникновения ФМ до конца не изучены. Исследования разных авторов указывают на роль таких факторов, как пол, наследственная предрасположенность, возраст, физический или психологический стресс, воздействие вирусов. Ключевые факторы риска развития ФМ представлены в табл. 1.

Клиническая картина. Симптомы ФМ разнообразны (табл. 2) [4]. Боль при ФМ монотонная, обостряется после эмоциональных и физических нагрузок, а также в состоянии покоя, после охлаждения и перенапряжения, вследствие пребывания в стереотипной позе. После воздействия тепла, массажа, отдыха наступает облегчение. Интенсивность боли может меняться в течение суток, но в целом боль 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). Именно боль является основной причиной нетрудоспособности (около трети пациентов не могут работать из-за хронической боли). Однако для ФМ весьма характерна выраженная диссоциация между низкой интенсивностью собственно алгических феноменов и выраженной степенью дезадаптации пациентов.

С практической точки зрения очень важным для клинической верификации ФМ является исследование специфических чувствительных точек, которые обозначаются как «tender points» (ТР). Одной из наиболее характерных особенностей этих болевых точек является воспроизводимость при их пальпации той боли, которую обычно испытывает пациент. Количество точек может быть различным (описа-

ЛЕКЦИЯ

Таблица 1. *Возможные факторы риска возникновения ФМ*

Факторы риска
Женский пол
Наследственность
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, гипомагния)
Ревматические заболевания (РА, СКВ, СД)

Таблица 2. *Частота ключевых клинических проявлений 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

но до 70 чувствительных точек у одного больного). Важность их исследования определяется еще и высокой степенью корреляции между количеством ТР и выраженностью основных клинических симптомов ФМ. ТР, задействованные при ФМ, расположены строго симметрично в местах прикрепления мышц и сухожилий (рис. 1).

Одно из наиболее важных проявлений ФМ — наличие психических нарушений, в частности — депрессии и тревоги. Причинно-следственные взаимоотношения боли и депрессии сложны, и это особенно очевидно на модели ФМ. Установлено, что в 64% случаев депрессивные эпизоды предшествовали появлению симптомов ФМ. У 71% пациентов с ФМ в анамнезе имелись указания на депрессивные нарушения в прошлом. Примерно у половины больных ФМ присутствуют характерные жалобы на подавлен-

ное настроение, утрату интересов и чувства удовольствия, часты и дополнительные жалобы на снижение аппетита, нарушения сна и др. При этом детальное исследование позволяет говорить о более высокой частоте депрессии у этих больных за счет соматизированных, маскированных вариантов. Все это указывает на психобиологическую зависимость этих состояний и ФМ. Подтверждением последнего является высокий эффект специфического лечения антидепрессантами [5, 6].

К частым симптомам ФМ относятся нарушения сна (у 74,6% больных). Пациенты жалуются на прерывистый поверхностный сон, трудности засыпания, повышенную двигательную активность во сне и частые пробуждения, они ощущают себя неотдохнувшими за ночь. Не случайно сон при ФМ получил характерное название «невосстановительный». С этим феноменом клинически связан и другой характерный признак — «утренняя скованность», наблюдающийся в 90% случаев. Скованность при ФМ имеет недостаточно четкие границы, сопровождается умеренной болью и астенией, обычно не связана с каким-либо суставом.

Толчком для изучения сна при ФМ послужили исследования Н. Moldofsky [7], который описал типичный для таких пациентов полисомнографический паттерн «альфа-дельта-сна» — резкое снижение мощности низкочастотных колебаний, характеризующих глубокие стадии медленно-волнового сна, сочетание дельта-волн и высокоамплитудного альфа-ритма. Подобный феномен описан ранее у больных депрессией, что еще раз подчеркивает близость этих двух состояний.

Сложность клинической идентификации ФМ связана и с ее выраженным клиническим полиморфизмом. Как правило, у пациента с ФМ присутствуют самые разные клинические синдромы, также носящие хронический характер и имеющие в своей основе несколько проявлений: алгические, полисистемные вегетативные и разнообразные психосоматические, особенно протекающие с депрессивным аффектом. Так, у больных ФМ в несколько раз чаще, чем в популяции, встречаются следующие расстройства: головная боль напряжения, мигрень, панические атаки, обмороки, гипервентиляционный синдром, кардиалгии, синдром раздраженного кишечника, туннельные невропатии, миофасциальные боли, абдоминалгии, синдром Рейно, артралгии и др. Их высокая сопряженность на клиническом уровне, а также некоторые патогенетические закономерности формирования позволяют квалифицировать их как коморбидные для ФМ состояния. Последние необходимо учитывать при диагностике ФМ, а также оценке динамики эффективности лечения.

Новые критерии диагностики. С 1990 г. в мире использовались классификационные критерии ФМ, которые позволяли проводить скрининг пациентов и выявлять лиц, наиболее соответствующих данной нозологической форме [8]. К этим критериям относились двусторонняя боль в теле, боль выше и ниже талии, осевое распространение боли, болезненность в 11 из 18 ТР.

В 2010 г. появились новые диагностические критерии [9, 10] ФМ (табл. 3). Учитывая то, что новые критерии должны пройти испытание на практике, они были названы предварительными.

Для использования данных критериев необходимо определить ряд понятий. Прежде всего к ним относится

ЛЕКЦИЯ

болевого индекса (БИ). Для его расчета больному предлагается указать, в каких конкретно из 19 областей тела он испытывал боль за последнюю неделю. Для простоты расчета каждой области присваивается 1 балл, и общий счет БИ может колебаться от 0 до 19. Для простоты восприятия все области, в которых оценивается БИ, представлены в табл. 4, причем выделены симметричные и асимметричные участки.

Кроме оценки БИ, в диагностике ФМ применяется общий счет по шкале тяжести симптомов (ШТС), который представляет собой сумму тяжести трех признаков (устомление, нарушение сна, когнитивные симптомы) + общая степень выраженности соматических симптомов. Финальная оценка колеблется от 0 до 12 баллов.

Каждый из трех признаков (устомление, нарушение сна, когнитивные симптомы) должен быть оценен пациентом по шкале от 0 до 3 в течение последней недели. Для каждого из этих 3 симптомов определяют выраженность его в течение последней недели по следующей шкале: 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 выраженности; 3 балла — тяжелые нарушения, постоянные, длительные, жизнеугрожающие. Суммарно этот раздел ШТС может быть оценен от 0 до 9 баллов.

Кроме того, у больного оценивается наличие следующих соматических симптомов: мышечная боль (миалгия), синдром раздраженной кишки, утомление/усталость, расстройства мышления или памяти, мышечная слабость, головная боль, 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. Всего оценивают 40 симптомов. Предлагается следующая градация наличия этих признаков: 0 баллов — нет симптомов; 1 балл — мало симптомов; 2 балла — умеренное число симптомов; 3 балла — большое число симптомов.

К сожалению, отсутствует четкая градация понятий «мало», «умеренное число» и «большое число». Потому можно условно исходить из следующего предложения: за «мало» принять от 1 до 5 соматических симптомов, за «умеренное число» — от 5 до 10, за «большое число» — более 10. Суммарная оценка по ШТС с учетом соматической симптоматики может колебаться от 0 до 12 баллов.

Важным требованием диагностики ФМ должна стать стабильность интенсивности болевого синдрома на протяжении 3 мес и более. Это позволяет говорить о мучительном, тягостном характере болевых ощущений.

Данные критерии в отличие от критериев 1990 г. выделяют не четко очерченные точки (ТР), а довольно широкие области болевого чувствительности, которые интегрированы в понятие БИ. Существенно расширился спектр соматических симптомов, к которым ранее относили

ТР при ФМ

Таблица 3. Предварительные диагностические критерии ФМ

У пациента, отвечающего диагностическим критериям ФМ, должны определяться 3 следующих признака:

- 1) широко распространенный БИ ≥ 7 и общий счет по ШТС ≥ 5 или БИ 3–6 и ШТС ≥ 9
- 2) симптомы должны быть представлены на одном уровне по крайней мере в течение 3 мес
- 3) у пациента не должно быть другого расстройства, способного объяснить боль

только утомляемость, нарушение сна, скованность и синдром раздраженной кишки. В новых предварительных критериях учитывается уже не 4, а 40 симптомов, введено понятие ШТС.

В целом стоит отметить, что наряду с расширением и детализацией критериев произошли важные изменения к лучшему. В частности, расширение зон, которые могут использоваться для оценки БИ, не лишено смысла и упрощает работу с больным, так как раньше приходилось четко верифицировать конкретную ТР, а теперь достаточно узнать, что боль беспокоит в какой-то из областей. Другое важное преимущество заключается в том, что наличие многочисленных сопутствующих заболеваний у больного с функциональными расстройствами может быть использовано как один из критериев диагноза. У больных с одним функциональным расстройством часто встречается несколько других. При использовании критериев 1990 г. приходилось прибегать к экспертной оценке ситуации и ставить диагноз ФМ даже тогда, когда симптоматика не в

Л Е К Ц И Я

Таблица 4. Оценка БИ

БИ: укажите число областей, в которых пациент испытывал боль в течение последней недели.
Как много областей, в которых пациент испытывает боль? Шкала значений от 0 до 19

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	

ции (компьютерная, магнитно-резонансная томография).

Наиболее важными маркерами ФМ являются многочисленные жалобы, отсутствие изменений при дополнительных методах исследования.

Лечение. Тактика ведения больных ФМ включает образовательные мероприятия, направленные на разъяснение природы боли, устранение социально-психологического дискомфорта. Целесообразно широкое назначение лечебной гимнастики, плавания, использование физиотерапевтических средств и санаторно-курортного лечения. Для лиц с избы-

точной массой тела высокоэффективно ее снижение [11].

полной мере соответствовала критериям. К тому же новые предварительные критерии подготовлены коллективом специалистов, возглавляемым F. Wolf — автором критериев 1990 г., что указывает на преемственность концепций и расширение представлений о ФМ.

Как и многие другие функциональные расстройства, ФМ требует исключения других заболеваний и состояний. К числу лабораторных тестов, которые рекомендуется назначить больному с целью дифференциальной диагностики, относят: общий анализ крови, СРБ, гормоны щитовидной железы и тиреотропный гормон, ревматоидный фактор и/или АЦЦП, антитела к нативной ДНК, Scl-70, антитела к вирусам, креатинфосфокиназу и др. Кроме того, могут понадобиться электронейромиография и методы визуализа-

ции (компьютерная, магнитно-резонансная томография).

Наиболее важными маркерами ФМ являются многочисленные жалобы, отсутствие изменений при дополнительных методах исследования.

Лечение. Тактика ведения больных ФМ включает образовательные мероприятия, направленные на разъяснение природы боли, устранение социально-психологического дискомфорта. Целесообразно широкое назначение лечебной гимнастики, плавания, использование физиотерапевтических средств и санаторно-курортного лечения. Для лиц с избы-

точной массой тела высокоэффективно ее снижение [11].

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Данилов А.Б. Фибромиалгия: новые возможности терапии. РМЖ 2010;18(16):998—1003.
2. Табеева Г.Р. Фибромиалгия. Consilium medicum 2000;2(12):506—8.
3. Чичасова Н.В., Насонов Е.Л., Иголкина Е.В. Первичная фибромиалгия: клинические проявления, диагностика, лечение. Тер арх 1994;11:89—93.
4. Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии: Проблемный подход. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011;45—51.
5. Порошин А.В. Значение гипомагниемии в патогенезе болевых и психовегетативных нарушений при первичной фибромиалгии. Дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2008;139 с.
6. Сулейманова Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2005;22 с.
7. Moldofsky H.D. A chronobiologic theory of fibromyalgia. J Musculoscel Pain 1993;1:3—49.
8. Wolf F., Smythe H.A., Yunus M.B. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter committee. Arthr Rheum 1990;33:160—72.
9. Wolf F., Clauw D.J., Fitzcharles M.-A. et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. Arthr Care Res 2010;62(5):600—17.
10. Wolf F. New American College of Rheumatology Criteria for Fibromyalgia: A Twenty-Year Journey. Arthr Care Res 2010;62(5):583—4.
11. Shapiro J.R., Anderson D.A., Danoff-Burg S. A pilot study of the effects of behavioural weight loss treatment on fibromyalgia symptoms. J Psychosom Res 2005;59:275—82.
12. Топчий Н.В. Клиническая эффективность фитопрепаратов у пациентов с фибромиалгиями в условиях общеврачебной (семейной) практики. Спр практ врача 2007;7:53—6.
13. Табеева Г.Р., Левин Я.И., Короткова С.Б. и др. Лечение фибромиалгии. Журн невропатол и психиатр 1998;98(4):40—3.
14. Табеева Г.Р., Короткова С.Б. Фибромиалгия (обзор). Журн невропатол и психиатр 2000;100(4):69—77.
15. Staud R. Pharmacological Treatment of Fibromyalgia Syndrome. Drugs 2010;70(1):1—14.