

СИНДРОМ ФІБРОМІАЛЬГІЇ: ВІДПРАВНІ ПУНКТИ ДЛЯ ТОЧНОГО ДІАГНОЗУ

M. B. Yunus. Fibromyalgia Syndrome: Blueprint for a Reliable Diagnosis
Consultant, 1998; 46: 1260—1274

Синдром фіброміальгії (СФМ) характеризується хронічним розповсюдженим болем у скелетно-м'язовій системі, втомливістю, порушенням сну і парестезіями. Супутні проблеми включають біль голови, синдром подразненої кишки, дисменорею і синдром неспокійних ніг. Близько 90% пацієнтів з СФМ складають жінки. Синдром фіброміальгії не є діагнозом виключення, його не можна відкинути у випадку наявності інших захворювань, таких як ревматоїдний артрит. Жодних специфічних лабораторних тестів немає, ваш діагноз повинен ґрунтуватися на розповсюдженому болеві в анамнезі принаймні протягом трьох місяців, наявності болючості при пальпації пальцем в 11 точках з 18. СФМ не є варіантом депресії, проте психічні фактори і супутні захворювання можуть посилювати скарги.

Чи можна з певністю встановити діагноз фіброміальгії? Чи не є вона варіантом депресії? Що є причиною болю? Чи можемо ми чимось допомогти пацієнтові з фіброміальгією?

Це найчастіші запитання, які я чую на своїх лекціях про синдром фіброміальгії. Їх важливість посилюється тим фактом, що СФМ часто трапляється як у роботі ревматолога, так і лікаря загальної практики. При встановленні діагнозу відповідно до критеріїв Американської колегії ревматології (АКР) розповсюдженість СФМ серед мешканців США сягає 2%. Проте ця частка зросла б, якщо б діагноз ґрунтувався не на таких суворих критеріях. СФМ розповсюдженіший, ніж ревматоїдний артрит, і є причиною порівняно великої частоти непрацездатності.

У цій статті я зупинюся на фізіологічних механізмах і клінічних проявах СФМ і принципах діагностики.

Фізіологічні механізми синдрому фіброміальгії

Недавні дослідження висвітлюють цікаві особливості фізіологічних механізмів СФМ, які полягають у нейроендокринній дисфункції з участю впливу різних факторів, у т. ч. генетичних, психічних, стресу і порушень сну.

Центральною ознакою фіброміальгії є біль. Згідно з контрольованими дослідженнями, його не можна пояснити наявністю периферичної патології. Фізіологічні механізми розвитку СФМ є багатофакторними і, очевидно, дуже складними (рис. 1). Недавно з'ясовано, що основна проблема при СФМ зумовлена порушенням центрального механізму болю, яке включає нейроендокринну й імунну дисфункцію. Проте СФМ може бути первинно "запущений" периферичними чинниками, наприклад, травмою (такою як автомобільна), периферичним артритом (запального генезу), виникати в осіб з генетичною схильністю. Біль і втома, які в результаті виникають, посилюють дію цих факторів і призводять до утворення хибного кола.

Недавні дослідження продемонстрували зміни продукції різних нейротрансмітерів у хворих з СФМ. Зокрема вони включають зростання в лікворі вмісту субстанції Р, яка бере участь у передачі відчуття болю, і зменшення вмісту серотоніну, який бере участь у пригніченні відчуття болю і механізмах сну. Крім того, різні дослідники констатували зниження вмісту триптофану і Y-нейпропептиду в сироватці крові, вмісту 5-гідроксиіндолоцтової кислоти в лікворі.

на сімейну схильність до СФМ, у недавньому дослідженні 40 родин з численними випадками СФМ ми відзначили значущий зв'язок між СФМ і гаплотипами HLA.

Клінічна картина

Для синдрому фіброміальгії характерне “сузір'я” скарг і наявність множинних болючих точок. Типовий пацієнт з СФМ — жінка середнього віку, хоч синдром може траплятися і в дітей або людей похилого віку. Лише 10% хворих становлять чоловіки.

Скарги. Спектр клінічних проявів СФМ дуже широкий. Характерними скаргами є хронічний розповсюджений біль, скованість м'язів і суглобів; поганий сон і втома; суб'єктивне відчуття набрякання м'яких тканин, включаючи періартикулярні ділянки і м'язи; парестезії (табл. 1). Найчастішими місцями локалізації болю є шия, спина, плечі, тазовий пояс, китиці. Проте біль може відчуватися і в інших ділянках тіла, часто він має мігруючий характер.

Парестезію пацієнти найчастіше відзначають в кінцівках, звичайно її зона не відповідає сегментові іннервації. Проте пацієнти іноді відзначають іррадіююче оніміння, яке відповідає зоні сідничного нерва (подібно до ішіальгії). Пацієнти з парестезією або суб'єктивним відчуттям набряку тканин мають психологічні проблеми не частіше, ніж інші люди.

Звичайними супутніми явищами є синдром подразненої кишки, розпираючий головний біль або мігрень, синдром неспокійних ніг¹, періодичні розлади рухів кінцівок. Тривога, депресія і психічний стрес наявні в 30—40% пацієнтів з СФМ. У більшості випадків ці фактори є вторинними щодо хронічного болю, проте вони сприяють утворенню хибного кола і підтримують біль. Слід запам'ятати, що СФМ не є варіантом депресії.

Синдром дисфункційного спектру. Хоча характерні клінічні ознаки СФМ — розповсюджений біль, втома і поганий сон відомі ще з середини нинішнього століття, лише недавно з'ясовано, що СФМ є складовою частиною ширшого спектру станів з багатьма іншими супутніми ознаками. Контрольовані вивчення засвідчили тісний зв'язок СФМ з синдромом подразненої кишки, головним болем по типу напруження, мігренню, первинною дисменореєю, синдромом хронічної втоми, висково-нижньощелеповою дисфункцією, регіонарною фіброміальгією (“синдром міофасціального болю”), синдромом неспокійних ніг, періодичними розладами рухів кінцівок. Ці розлади формують групу станів, яку я називаю “синдром дисфункційного спектру” (СДС) (рис. 2).

Компоненти СДС мають кілька спільних ознак:

- ◆ біль;
- ◆ втома;
- ◆ виникнення переважно (або винятково) в жінок;
- ◆ відсутність “грубих” фізикальних ознак і патологічних змін периферичних тканин;
- ◆ відсутність специфічних лабораторних діагностичних тестів

Встановлення діагнозу СДС дає змогу уникнути непотрібних лабораторних тестів. Спільним об'єднуючим моментом є, вірогідно, нейроендокринно-імуна дисфункція, наприклад, дефіцит серотоніну.

Слід сказати, що СДС має інший біологічний механізм, як депресія. Хоч частина пацієнтів і має депресію, у більшості її не відзначають.

Фізикальне обстеження. Як звичайно, пацієнти з СФМ мають вигляд здорових. Їх суглоби здаються нормальними, і подальше обстеження скелетно-м'язової системи не виявляє жодних об'єктивних даних за набряк сугло-

¹ Неприємний виражений дискомфорт, який виникає під час сидіння і лежання, особливо перед сном, що призводить до нестримного потягу рухати ногами. Побувають також назви: “синдром ніг, стиснутих чобітьми”, синдром Вітмаака-Екбома (прим. ред.).

Таблиця 1
Симптоми синдрому фіброміальгії
(за результатами обстеження великих,
чітко окреслених груп пацієнтів у ревматологічних клініках)

Симптоми	Частота (%)	
	Середня	Коливання
<i>Скелетно-м'язові</i>		
Біль у багатьох місцях	100	100
Скованість	78	76-84
"Болить усюди"	64	60-69
Відчуття набряку м'яких тканин	47	32-64
<i>Не пов'язані з скелетно-м'язовою системою</i>		
Втома (більшу частину дня)	86	75-92
Ранкова втома	78	75-80
Скарги на поганий сон	65	56-72
Парестезія	54	26-74
<i>Супутні симптоми</i>		
Скарги на тривогу, страх	62	48-72
Біль голови	53	44-56
Дисменорея	43	40-45
Синдром подразненої кишки	40	30-53
Синдром неспокійних ніг	30	спостерігався лише в одному вивченні
Скарги на депресію	34	31-37
Симптом Сікка	15	12-18
Феномен Рейно	13	9-17
Уретральний синдром жінок	12	спостерігався лише в одному вивченні

² Чутливий індикатор сну, який не освіжає (прим. авт.).

³ Біль і корчі в надлобковій ділянці, дизурія: частий сечовипуск, сечові тенезми, біль внизу спини (прим. ред.).

ба, хоч при пальпації може виникати болючість. Крім того, незважаючи на скарги, м'язова сила, сенсорна функція і рефлекси нормальні.

Найпереконливішою і специфічною знахідкою при СФМ є наявність множинних болючих точок. Сліпі вивчення з'ясували, що ці болючі точки кількісно і якісно відрізняються від картини, яку спостерігають у здорових осіб або при інших станах, які супроводжуються хронічним боєм, наприклад, ревматоїдному артриті. У пацієнтів з СФМ біль при пальпації не лише сильніший, але й визначається в більшій кількості ділянок тіла.



Рис. 2. Синдром дисфункційного спектру

Успішність обстеження залежить від знання, які ділянки слід пальпувати, і з якою силою натискати, щоб викликати біль. Хоча болючість у пацієнтів з СФМ може визначитися у різних ділянках, найдостовірнішу інформацію забезпечує обстеження 18 точок (по 9 з кожного боку), як рекомендовано АКР. Важливо чітко визначити локалізацію таких специфічних точок (рис. 3).

Натискати слід кінчиком великого, вказівного або середнього пальця (як для вас зручніше) з силою приблизно 4 кг. Приблизно, така ж сила тиску викликає бліднення нігтя на пальці, якщо ним тиснути на лоб пацієнта (як звичайно, таке натискання на чоло не викликає в пацієнта болю).

Слід пояснити пацієнтові різницю між відчуттям натискання і болем, оскільки лише справжній біль є діагностичним критерієм. Я поступово збільшую силу натискання в латеральній надвиростковій ділянці і прошу пацієнта повідомити, коли відчуття тиснення переходить у біль.

Невелика підгрупа пацієнтів з СФМ відзначає болючість по всій поверхні тіла або навіть при найменшому дотику. Пам'ятайте, що такі пацієнти зовсім не обов'язково мають серйозні психічні проблеми.

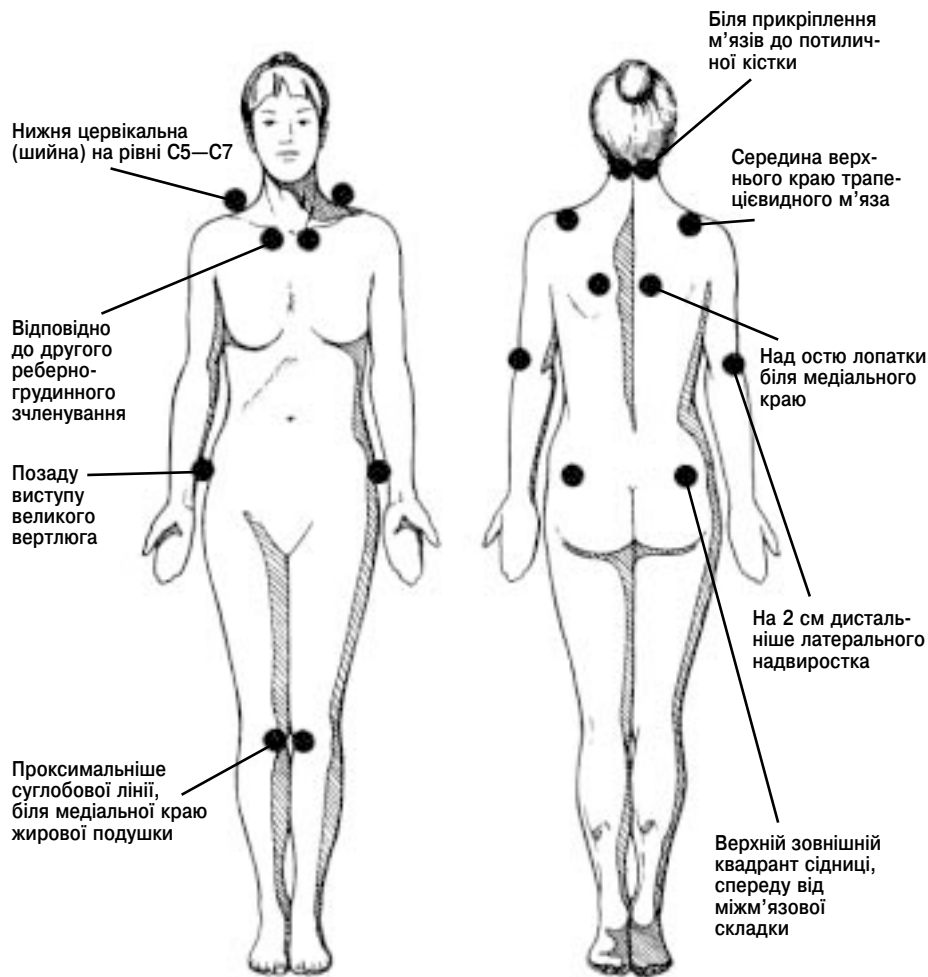


Рис. 3. Точки болючості при пальпації

Лабораторні та інструментальні тести. Нині немає жодного лабораторного тесту для діагностики СФМ. Проте вивчення засвідчили, що частота порушень, які виявляють при дослідженні нейроендокринної системи, наприклад, при однофотонній емісійній комп'ютерній томографії, електроенцефалографії під час сну тощо, суттєво вища, ніж у контрольній групі.

Результати рутинних досліджень (загальний аналіз крові, ШОЕ, м'язові ферменти, електроліти, рентгенографія) у пацієнтів з СФМ нормальні за умови відсутності іншої супутньої патології. Позитивний тест на антинуклеарні антитіла і порушення функції щитовидної залози у хворих з СФМ трапляються не частіше, ніж у контролі. Загалом я не визначаю тироїдну функцію, за винятком випадків, коли підозрюю гіпотирозидизм або при скаргах на важку втому. Гіпотирозидизм завжди є супутнім станом, а не причиною СФМ, замісна терапія гормонами не

впливає на біль чи на кількість болючих точок, хоч і може дещо зменшити відчуття втоми.

Рутинне виконання електроенцефалографії під час сну не є необхідним у пацієнтів з СФМ. Проте це дослідження показане, якщо ви підозрюєте синдром втоми гомілок, періодичні порушення рухів кінцівок або порушення сну (наприклад, виникнення апное під час сну).

Встановлення діагнозу

Різні захворювання можуть нагадувати СФМ, проте, як звичайно, їх можна діагностувати на підставі їхніх типових ознак — наприклад, при артриті об'єктивно наявний набряк суглоба, ревматична поліміальгія супроводжується підвищенням ШОЕ, для кили міжхребцевого диска характерні неврологічні і рентгенологічні симптоми (Табл. 2). Наявність антинуклеарних антитіл, біль у суглобах, втомливість дають підстави запідозрити системний червоний вовчак. При СФМ відсутні й інші ознаки системного червоного вовчака — об'єктивний набряк суглобів, випіт у плевральній порожнині, висипання, ураження нирок, позитивний тест на антитіла проти ДНК і гладких м'язів, низький рівень факторів комплементу С3 і С4 в сироватці.

Проте необхідно пам'ятати, що наявність інших захворювань, таких як ревматоїдний артрит і системний червоний вовчак, не виключають СФМ. Ми діагностуємо цей синдром на підставі його власних характерних ознак. Критерії АКР для діагностики СФМ дуже прості (табл. 3). Вони включають відчуття розповсюдженого болю і болючість при пальпації принаймні в 11 з 18 точок, описаних вище.

Проте чи має пацієнт СФМ, якщо болючість відзначають лише в 7 або 10 точках? Треба брати до уваги, що критерії АКР хоч і застосовуються в клініці, проте

Таблиця 2
Прояви і диференціальний діагноз СФМ

Симптоми	Схоже захворювання	Диференціально-діагностичні симптоми
Біль у суглобах і їх набрякання	Артрит	Об'єктивно є набряк суглоба
Дифузний біль і скованість м'язів	Ревматична поліміальгія	Підвищення ШОЕ; зниження рівня гемоглобіну; втрата ваги
М'язова втома, слабкість	Міопатія	Об'єктивна слабкість, підвищений рівень м'язових ферментів
Втома; чутливість до холоду; м'язовий біль	Гіпотирозидизм	Зниження рівня тироксину; підвищення рівня тиротропного гормону
Біль в спині/тугорухомість	Анкілозуючий спондиліт	Сакроілеїт
Біль за типом ішіальгії	Кила міжхребцевого диска	Неврологічні і рентгенологічні ознаки кили міжхребцевого диска
Біль у грудях	Біль, спричинений захворюваннями серця або плеври	Типовий анамнез серцевого болю; шум тертя плеври; зміни електрокардіограми, зміни на рентгенограмі та інші лабораторні ознаки захворювання органів грудної клітки

Таблиця 3
Критерії АКР для визначення синдрому фіброміальгії
(для встановлення діагнозу фіброміальгії
необхідна наявність критеріїв обох груп)

1. Анамнез розповсюдженого болю

Біль є розповсюдженим, якщо він з'являється з обох боків тіла, а також вище і нижче пояса. Біль по осі скелета (задня осьова лінія шиї, спини, грудина) також мусить бути наявним. Біль в плечі і сідниці розглядають як біль для кожного залученого боку. Бодем "внизу спини" вважають біль у нижньому її сегменті. Розповсюджений біль мусить бути принаймні 3 місяці

2. Біль в 11 з 18 точок при пальпації одним пальцем

Болючість визначають з обох боків у таких точках:

- ◆ Нижня цервікальна (шийна) на рівні C5—C7
- ◆ Відповідно до другого реберно-грудинного зчленування, відразу латеральніше від грудини по верхньому краю
- ◆ Біля прикріплення м'язів до потиличної кістки
- ◆ Середина верхнього краю трапецієвидного м'яза
- ◆ Над остю лопатки біля медіального краю
- ◆ На 2 см дистальніше латерального надвиростка
- ◆ Верхній зовнішній квадрант сідниці, попереду від міжм'язової складки
- ◆ Позаду випинання великого вертлюга
- ◆ Проксимальніше суглобової лінії коліна, біля медіального краю жирової подушки

розроблялися насамперед для однорідного відбору і чіткої класифікації хворих з науковою метою.

Захворювання в деяких пацієнтів я називаю "неповною фіброміальгією". У такому випадку наявні типові скарги, проте болючість виявляють менш, ніж в 11 точках, або навпаки — болючість в 11 і більше точках, проте хворі скаржаться на біль, обмежений певною ділянкою тіла, наприклад, у шиї, плечі, верхній ділянці спини. Слід прицільно розпитати пацієнта, чи він не відзначав болю і в інших ділянках тіла, ніж ті, на які він вказує. Хворих з "неповною фіброміальгією" лікують так, як і з СФМ.

Якщо у пацієнта з СФМ є ще якесь супутнє захворювання, наприклад, остеоартрит, ревматоїдний артрит або кила міжхребцевого диска, окремо призначають спеціальне лікування обох захворювань. Клінічний досвід засвідчує, що при співіснуванні СФМ і ревматоїдного артриту адекватне лікування останнього практично не впливає на симптоми СФМ — розповсюджений біль, втому, локальну пальпаторну болючість.

Переклад *Ігоря Тумака*