

Особенности ведения пациентов с фибромиалгией в клинической практике

О.М. Урясьев¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (uryasev08@yandex.ru);

О.Ю. Лазарева¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (lazareva-oksana@list.ru);

А.А. Лищенко¹, ординатор по специальности ревматология;

А.А. Мальков¹, ординатор кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша;

Е.А. Долженкова², заведующая отделением ревматологии ГБУ РО «ОКБ»;

Е.В. Огорельцева², врач-ревматолог ГБУ РО «ОКБ»;

В.Е. Родионова², врач-ревматолог ГБУ РО «ОКБ».

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9);

² Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница» (390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, 3а).

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни, высоким уровнем фоновой стрессовой нагрузки, ростом распространенности хронических заболеваний, в том числе, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, большой распространенностью метаболических нарушений в популяции, становится актуальной проблема фибромиалгии (ФМ) среди этих групп населения. ФМ часто имитирует симптомы соматических заболеваний, усугубляет их течение, затрудняет подбор терапии. ФМ часто сопутствует хроническим ревматическим заболеваниям, таким как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит, псориазический артрит, остеоартрит и может имитировать симптомы этих заболеваний, заставляя врача необоснованно усиливать терапию основного заболевания, опираясь на интенсивность и торпидность болевого синдрома. В этой связи становится очевидной необходимость своевременной диагностики и лечения ФМ.

Ключевые слова: фибромиалгия, хронические заболевания, коморбидность, боль, хроническая боль, депрессия, триггерные точки.

Features of management of patients with fibromyalgia in clinical practice

O.M. Uryasev¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, head of Department of faculty therapy named after Professor V.Ya. Garmash (uryasev08@yandex.ru);

O.Y. Lazareva¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash (lazareva-oksana@list.ru);

A.A. Lishhenko¹, Resident specialist in Rheumatology;

A.A. Mal'kov¹, Resident of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash;

E.A. Dolzhenkova², Head of the Rheumatology Department of GBU RO OKB;

E.V. Ogorelceva², rheumatologist GBU RO «OKB»;

V.E. Rodionova², rheumatologist GBU RO «OKB».

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation (9, Vysokovoltynaya str., Ryazan, Russia, 390026);

² State Budgetary Institution of the Ryazan Region «Regional Clinical Hospital» (3a Internatsionalnaya str., Ryazan, 390039).

Currently, due to an increase in life expectancy, a high level of background stress, an increase in the prevalence of chronic diseases, including those accompanied by chronic pain syndrome, and a high prevalence of metabolic disorders in the population, the problem of fibromyalgia (FM) among these population groups is becoming urgent. FM often mimics the symptoms of somatic diseases, exacerbates their course, and makes it difficult to choose therapy. FM often accompanies chronic rheumatic diseases such as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, and osteoarthritis and can mimic the symptoms of these diseases, forcing the doctor to unreasonably enhance therapy for the underlying disease based on the intensity and torpidity of the pain syndrome. In this regard, the need for timely diagnosis and treatment of FM becomes obvious.

Keywords: fibromyalgia, chronic diseases, comorbidity, pain, chronic pain, depression, trigger points.

Фибромиалгия (ФМ) — это заболевание, проявляющееся скелетно-мышечными болями, формированием «триггерных точек» и сопровождающееся астенией, нарушениями сна, утренней скованностью, эмоциональными расстройствами, когнитивными нарушениями длительностью более 3-х месяцев [1, 3, 4].

Распространенность ФМ в популяции варьирует от 2 до 13 %. Около 30 % больных теряют трудоспособность. Наиболее часто ФМ диагностируется у женщин (70–90 % от всех заболевших). Средний возраст пациентов с ФМ составляет 35–50 лет, однако описано развитие ФМ в пожилом и детском возрасте. Довольно часто ФМ развивается на фоне

ревматических и инфекционных заболеваний. Так, при системной красной волчанке симптомы ФМ выявляются в 17–40 % случаев, при ревматоидном артрите — у 17–57 % пациентов, а при псориазическом артрите — у 24 % больных. ФМ встречается также при аутоиммунном тиреоидите, синдроме Шегрена, болезни Лайма и гепатите С [1].

Впервые стойкие болезненные уплотнения в мышцах описал В 1843 году R. Frorier в 1843 году. Он предположил, что эти уплотнения образованы изменённой соединительной тканью. Позже R. Stockman, основываясь на результатах гистологических исследований, также отнёс пальпируемые уплотнения к гиперплазированной соединительной ткани. Интерес к этой проблеме то возрастал, то затухал на протяжении многих лет. Вирхов же отнёс эти уплотнения к мышечному ревматизму. Этот термин использовался в течение длительного времени, с конца XIX века и до начала XX века. В 1919 г. Н. Schade сообщил, что уплотнения в мышцах сохраняются и после смерти. Этот факт опроверг представление, что пальпируемые тяжи возникают в результате мышечного сокращения. В 1976 г. Дж. Тревелл предложила концепцию о самоподдерживающем характере миофасциальных триггерных точек и обратном механизме связи между ними и центральной нервной системой (ЦНС). В 1972 г. Смит определил с помощью дозиметра типичную локализацию чувствительных точек как объективный диагностический критерий фиброзита. Термин «фибромиалгия» предложил Р.К. Ненч в 1976 г. В 1981 г. Юнус и соавт. предложили в качестве диагностических критериев ФМ, наряду с чувствительными точками, клинические критерии (распространённый болевой синдром, утомляемость, расстройства сна и др.).

В отечественной литературе эта патология традиционно связывается с остеохондрозом позвоночника. По мнению Дж. Тревелл и Д. Симонс, термин остеохондроз широко используется русскими вертебрологами как обобщающий и включает в себя ФМ и миофасциальные боли. Такое представление прочно укрепилось в сознании врачей под влиянием публикаций Я.Ю. Попелянского и его многочисленных учеников. Болезненные уплотнения в покровных тканях считаются ими одним из рефлекторных синдромов остеохондроза. Такое представление логично объясняется имеющимися нервными связями между поражёнными двигательными сегментами позвоночника и соответствующими мягкими тканями (миотомами). Его до настоящего времени придерживаются многие отечественные неврологи и терапевты. Однако сторонники вертеброгенного генеза миофасциальной боли отмечают явное несоответствие выраженности рентгенологических проявлений остеохондроза и миофасциального болевого синдрома [5].

Этиология этого заболевания остается неизвестной. Сообщения о семейной агрегации за-

болевания свидетельствуют о возможном участии наследственного фактора в развитии ФМ. Так, среди родственников первой степени родства ФМ встречается в 26–50 % случаев, что превышает уровень ее распространенности в общей популяции. Предшествовать развитию синдрома ФМ может травма, психологический стресс, перенесенные бактериальные инфекционные заболевания, а также вирус Эпштейна-Барр, Коксаки, парвовирус В19, HCV и др.

В настоящее время выделены факторы риска развития ФМ, к которым относятся: наследственность, женский пол, наличие хронического регионального болевого синдрома, эмоциональные травмы, индивидуальные особенности реакции на стрессовые воздействия, когнитивно-поведенческие характеристики (склонность к катастрофизации боли, формирование болевого поведения, психосоциальные аспекты).

В настоящее время выделяется несколько механизмов формирования боли при ФМ. *Ноцицептивный механизм боли объясняет ФМ с позиции раздражения ноцицепторов.* Ноцицепторы являются свободными нервными окончаниями и реагируют лишь на патологические раздражители, то есть возбуждаются во время сокращения мышц под влиянием алгических веществ в условиях ишемии. Основная роль в этом принадлежит нарушениям микроциркуляции и энергетической недостаточности мышц. Дефицит аденозинтрифосфата и фосфокреатина ведет к дистрофии мышечных волокон. В свою очередь ишемия обуславливает освобождение периферических аллогенных субстанций, что поддерживает сенсibilизацию ноцицепторов, которая сопровождается их патологическим реагированием на физиологические стимулы. В свою очередь *реактивная боль* возникает в ответ на дисфункцию мышц, развивающуюся на фоне сдавления корешка спинного мозга. Болезненный мышечный спазм является частым симптомом ФМ. Его причиной могут быть нарушения нервной регуляции при структурных или функциональных дефектах позвоночника. Известно, что признаки сколиоза выявляются при ФМ в 80 % случаев. Часто диагностируются спондилез, *spina bifida*, признаки гипермобильности суставов. Рассматривается также *психосоматический генез болевого синдрома.* Больные ФМ часто связывают появление болей в мышцах со стрессовыми ситуациями. Обращает на себя внимание, что пациенты с ФМ имеют склонность к избыточной массе тела и к алкоголизму, что может способствовать формированию хронического психоэмоционального стресса. *Нарушение центрального механизма боли* сопровождается нарушением продукции серотонина, катехоламинов и опиатов, принимающих непосредственное участие в механизмах возникновения боли при ФМ. Недостаток серотонина ведет к нарушениям сна, развитию

депрессии, а также дисрегуляции процессов вазоконстрикции и дилатации. У пациентов с ФМ выявлено достоверное снижение уровня серотонина в крови и повышение субстанции Р, образующейся в избыточном количестве в спинном мозге при стимуляции ноцицептивных С-волокон, которая в свою очередь активизирует центральные ноцицептивные пути.

В последние годы рассматривается 5 теорий патогенеза мышечно-скелетной боли:

1. Ишемический спазм мышц: травма и перенапряжение мышц приводят к высвобождению внутриклеточного кальция и удлинению мышечному сокращению, что вызывает боль за счет высвобождения серотонина, простагландинов и других медиаторов воспаления.

2. Гиперактивность мышечных волокон: теория была выдвинута после обнаружения в триггерных точках низкоуровневой электромиографической активности, которая не снижалась под воздействием кураре, но блокировалась фентоламином.

3. Гиперактивность концевых двигательных пластинок: теория объясняет наблюдавшуюся локальную электромиографическую активность как патологическую активность небольшого числа концевых пластинок.

4. Периферическая сенситизация: под влиянием медиаторов воспаления (серотонин, цитокины, факторы роста и др.), источником которого служат поврежденные мышцы, происходит сенситизация скрытых периферических афферентов, локализованных в коже и суставах.

5. Центральная сенситизация и вторичная гипералгезия: связывает развитие гипералгезии (являющейся отраженной) с сенситизацией NMDA-нейронов задних рогов спинного мозга под влиянием уменьшения центральных ингибирующих влияний.

Таким образом, у пациентов с ФМ имеются иммунные, нейроэндокринные и психические изменения, возникшие под влиянием травмы, инфекции или стресса [1].

Клиническая картина характеризуется медленным нарастанием болевого синдрома в течение ряда лет. Так, первое обращение к врачу происходит через 8–10 лет от дебюта заболевания. ФМ может развиваться без видимых причин, но чаще ее начало можно связать с перенесенными психическими или физическими стрессами.

Основным проявлением ФМ является хроническая диффузная симметричная мышечно-скелетная боль. Она носит монотонный характер, но может усиливаться после эмоционального напряжения и физических нагрузок, а также после переохлаждения. Боль снимается после воздействия тепла, массажа и отдыха. Несмотря на то, что интенсивность боли может меняться в течение суток, она носит постоянный характер, субъективно пациенты не отмечают «светлых промежутков».

Обычно больные предъявляют жалобы на боли в мышцах, локализующиеся в области шеи и плеч, спины, поясницы, несколько реже — в конечностях и области передней грудной клетки. Большинство больных отмечают скованность в утренние и вечерние часы длительностью от 1 до 24 ч (в среднем 10 ч). Скованность в виде ограничения подвижности имеет расплывчатые, нечеткие границы, не локализуется в той или иной области сустава.

Специфичным для ФМ является обнаружение множественных болезненных точек в определенных анатомических местах «tender points». Количество точек может быть различным. Приводятся сведения о 70 чувствительных точек у одного больного. В клинической практике эти точки расположены симметрично на обеих половинах тела в местах прикрепления мышц и сухожилий. Пальпация болевых точек, как правило, не вызывает иррадиации боли, что позволяет отличать их от триггерных точек, характерных для синдрома миофасциальной боли.

Для ФМ характерны аллодиния (возникновение боли в ответ на физиологические стимулы) и гипералгезия (повышенная чувствительность к болевым стимулам). Примерно 30–50 % больных субъективно ощущают припухлость мягких тканей вокруг сустава, однако признаки истинного артрита не выявляются.

Нарушение сна наблюдается у 80 % больных ФМ. Сон носит прерывистый и поверхностный характер, отмечается трудность засыпания, повышенная двигательная активность во сне и частые пробуждения.

Важной особенностью ФМ являются изменения психологического статуса, включающие появление депрессии, ипохондрии и тревоги. В 64 % случаев депрессивные эпизоды предшествовали появлению симптомов ФМ, при этом у 71 % пациентов с ФМ в анамнезе были указания на имевшиеся ранее депрессивные состояния. У больных ФМ имеются характерные жалобы на подавленное настроение, утрату интересов к окружающей обстановке, снижение аппетита, нарушения сна и др.

Парестезии отмечаются примерно у 50 % больных ФМ. Они могут быть локализованными и диффузными, распределяться по дерматомам. Больные часто субъективно отмечают мышечную слабость. При неврологическом обследовании с определением скорости проведения по нервам (электромиография) отклонений от нормы не выявляется.

У 20 % больных можно выявить «фибротические узелки» в околокрестцовой области, в верхней части ягодич, нередко болезненные. Гистологически они представляют собой фиброзно-жировую ткань без признаков воспаления.

Мигренеподобные головные боли и боли напряжения регистрируются у 56 % пациентов с ФМ. У 43 % из них выявляется синдром раздраженной

толстой кишки. Первичная дисменорея наблюдается у 43 % пациенток. Часто наблюдаются гиперкинетический синдром, нарушения сердечного ритма, гипотензия, пролапс митрального клапана. Описано сочетание ФМ с синдромом задержки жидкости (идиопатический отек). Наблюдаются слуховые (вестибулярные) расстройства, дисфункция височно-нижнечелюстной жевательной мышцы [1, 5].

Диагностика ФМ основывается на клинических симптомах. При этом следует обратить внимание, что у пациентов с ФМ лабораторные показатели активности воспалительного процесса не выходят за пределы нормы. В связи с этим лабораторное и инструментальное обследование больных ФМ проводится для исключения патологии, при которой синдром болей в мышцах является лишь одним из симптомов (полимиозит, дерматомиозит, системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.).

Диагностические критерии ФМ Американской коллегии ревматологов (1990 г.) включают:

1) наличие диффузной симметричной боли (распространяющейся на правую и левую, верхнюю и нижнюю половины туловища), длящейся не менее чем последние 3 месяца;

2) болезненность при пальпации не менее 11 из 18 (9 пар) специфических чувствительных точек. Положительным ответом считается только возникновение боли, а не чувствительность.

Хотя эти критерии не разработаны для применения в клинической практике, а только для исследовательских целей, они демонстрируют точность 85 % при дифференциальной диагностике пациентов с ФМ и схожими заболеваниями [1, 2, 6].

В 2010 г. Были предложены новые диагностические критерии ФМ. Для оценки данных критериев необходимо использовать два параметра: болевой индекс (БИ) и шкалу тяжести симптомов (ШТС).

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

1) $БИ \geq 7$ 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 месяца;

3) у пациента не должно быть другого расстройства, способного объяснить боль.

Для расчета БИ больному предлагается указать, в каких конкретно из 19 областей тела он испытывал боль за последнюю неделю. Для каждой области присваивается 1 балл, и общий счет БИ может колебаться от 0 до 19. Кроме оценки БИ, в диагностике ФМ применяется общий счет по ШТС, который представляет собой сумму тяжести трех признаков (утомляемость, нарушение сна, когнитивные симптомы) и общую степень выраженности соматических симптомов. Финальная оценка колеблется от 0 до 12 баллов. Для каждого из этих 3 симптомов определяют выраженность его в те-

чение 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.

Для окончательного подсчета ШТС у больного необходимо оценить 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, сухость в глазах, одышка, утрата аппетита, сыпь, фоточувствительность, нарушение слуха, облысение, учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание. 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. Суммарная оценка по ШТС с учетом соматической симптоматики может колебаться от 0 до 12 баллов [2].

В ходе обследования ФМ важно исключить другие патологии, например, ревматологические болезни, такие как ревматоидный артрит, полимиозит и системная красная волчанка. Ревматическая полимиалгия (РПМ) является наиболее частым в ревматологической практике заболеванием, с которым необходимо прежде всего дифференцировать ФМ. РПМ развивается у лиц старше 55 лет, начало, как правило, неожиданное. Определяющим отличием от ФМ являются быстрое нарастание неподвижности плечевых суставов и значительное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Болевой синдром при РПМ распространяется на область шеи, тазобедренные суставы. Боли не купируются приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, однако эффективными являются глюкокортикоиды. Важную роль в диагностике РПМ играют лабораторные тесты (высокие значения СОЭ и СРБ).

Клинически сходная картина с ФМ может наблюдаться при паранеопластических синдромах, гиперпаратиреозе, полиневропатии, хронических инфекциях. Существуют лекарственные формы хронических миалгий, развивающиеся при длительном приеме мочегонных средств, препаратов лития, цитостатиков. Нередко миалгии возникают при злоупотреблении алкоголем.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальный диагноз ФМ с миофасциальными болевыми синдромами, имеющими хроническое течение (табл. 1) [1, 6].

В практической работе нередко встречаются трудности при дифференциальной диагностике ФМ с синдромом хронической усталости. Его объединяет с ФМ повышенная утомляемость, миалгический синдром, нарушения сна, усталость и депрессия. Однако в диагностических критериях синдрома хронической усталости основное значение придается рецидивирующей усталости, снижающей дневную активность пациентов на 50 % в течение более 6 месяцев, а также наличие малых признаков: симптомы хронического инфекционного процесса (увеличение лимфатических узлов, субфебрилитет), психические и психологические проблемы (ухудшение памяти), симптомы эндокринной дисфункции (быстрое изменение массы тела, снижение аппетита), проявления аллергии и повышенной чувствительности к лекарственным препаратам [1, 5, 6].

Терапия ФМ носит симптоматический характер и направлена на устранение боли, утомляемости, психологических нарушений и восстановление сна. Важная составляющая комплексной терапии ФМ — обучение.

ФМ является «реальным» и объективным заболеванием. Понимание этого приносит облегчение

больным. Разъяснение пациенту без использования сложных терминов сути ФМ поможет создать необходимый уровень приверженности лечению.

Начинают лечение ФМ с различных комплексов лечебной физкультуры с обязательным условием, чтобы физические усилия не сопровождались болевыми ощущениями. Программы физических тренировок включают аэробные упражнения, тренировку силы, гибкости. В настоящее время доказано, что лечебная физкультура повышает концентрацию эндогенных эндорфинов в центральной нервной системе.

Целесообразно применение физиотерапевтических процедур, направленных на купирование боли, снижение мышечного тонуса и улучшение осанки. С целью уменьшения боли используют тепловые ванны, массаж, инфракрасные лучи, криотерапию. В комплекс лечебных процедур может быть включено лазерное облучение с воздействием на болевые точки. Низкоинтенсивное лазерное облучение стимулирует обменные процессы в клетке, улучшает микроциркуляцию и оксигенацию тканей, тормозит проведение болевого импульса на уровне аксона.

В последние годы стал применяться метод криотерапии, обеспечивающий уменьшение выраженности вегетативных расстройств и боли, а также улучшение сна. Больным ФМ показан мягкий, расслабляющий массаж. Мануальная терапия, как

Таблица 1. Дифференциальная диагностика фибромиалгии (ФМ)
Differential diagnosis of fibromyalgia (FM)

Признак	ФМ	Миофасциальный болевой синдром
Возраст	40–60	Любой
Распространенность в зависимости от пола	Чаще болеют женщины	Одинаково часто болеют женщины и мужчины
Распространенность боли	Диффузная	Локальная или с захватом соседних зон
Течение	Хроническое	Хроническое с обострениями
Болевые зоны	Характерные болевые точки	Единичные или множественные мышечные уплотнения (триггерные точки), отраженные боли при надавливании в пределах определенной области
Эффективность местных анальгетиков	Как правило, неэффективно	Инъекция в триггерные точки устраняет болевой синдром
Реакция вздрагивания	Отсутствует	Локальное вздрагивание мышечного тяжа в ответ на надавливание
Симметричность	Часто симметричность	Асимметричность
Психические расстройства	Часто тревога, депрессия, утомляемость	Вторичны по отношению к боли
Нарушения сна	Значительные, отсутствие чувства отдыха после сна	Могут быть в связи с болевым синдромом
Предполагаемая этиология	Психические, нейрофизиологические факторы	Острая или хроническая мышечная травматизация

правило, вызывает усиление болевого синдрома. Акупунктура эффективна крайне редко и используется в случаях сочетания ФМ с миофасциальными болевыми синдромами.

Одним из эффективных методов нелекарственной терапии в последнее время считается фототерапия — воздействие ярким белым светом (10 сеансов по 30 мин. в утренние часы). Фототерапия снижает выраженность не только болевых ощущений, но также депрессии и расстройств сна. Уменьшают выраженность болевого синдрома при ФМ упражнения в теплом бассейне и гидротерапия [1, 6].

При отсутствии эффекта от немедикаментозных методов лечения переходят к назначению лекарственных средств. Согласно рекомендациям 2010 г. наиболее эффективными и безопасными в терапии ФМ являются антидепрессанты, прегаблин, трамадол [2]. Среди лекарственных препаратов одними из первых для лечения болевого синдрома при ФМ были использованы трициклические антидепрессанты (ТЦА). Было показано, что амитриптилин способен купировать интенсивность болей, укреплять сон и снижать утомляемость больных с ФМ. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран) 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. В исследованиях с использованием дулоксетина отмечалось более выраженное снижение общего балла по шкале тяжести ФМ. Дулоксетин применяется в качестве средства из группы ИОЗСН для лечения большого депрессивного расстройства, нейропатической боли при сахарном диабете и ФМ. Антидепрессанты могут снизить интенсивность боли при ФМ, уменьшить депрессию, утомляемость, восстановить сон и повысить качество жизни.

Для лечения ФМ широко применяются антиконвульсанты. Прегаблин связывается с $\alpha 2$ - δ участком потенциалозависимых кальциевых каналов в ЦНС. Вследствие уменьшения притока кальция внутрь нейронов снижается высвобождение субстанции Р, глутамата и норадреналина, обеспечивая анальгезирующее и анксиолитическое действие прегабалина. В клинических исследованиях прегаблин показал значительное снижение боли, повышение качества сна, снижение утомляемости и улучшение общего самочувствия.

На фоне приема габапентина отмечалось достоверное снижение интенсивности боли. Однако, по современным рекомендациям 2010 г. эффективность габапентина для лечения ФМ не достигает уровня доказательности А.

Трамадол — это анальгетик центрального действия, который связывается с μ -опиоидными рецепторами и ингибирует обратный захват норадреналина и серотонина. Комбинация трамадол / парацетамол эффективно купирует боль при ФМ.

Применение местных анестетиков может быть эффективно при ФМ. Инъекции лидокаина в болевую точку в области трапециевидной мышцы способствуют локальному снижению боли в месте инъекции и достижению общего анальгезирующего эффекта. Это показывает важную роль периферических тканей в развитии гипералгезии при ФМ и доказывает возможность клинического применения локальных инъекций анестетиков для купирования боли при ФМ.

Заключение

Несмотря на прогресс в исследовании этого вопроса, диагностика и лечение пациентов с ФМ по-прежнему представляет собой сложную задачу для врачей. ФМ существенно ухудшает качество жизни пациентов и оказывает негативное воздействие на их когнитивные функции, социальные взаимодействия и повседневную активность. Многие пациенты с ФМ не получают должного лечения, что приводит к длительной потере трудоспособности.

Лечение пациентов с ФМ требует комплексного подхода, в котором принимают участие разные специалисты. Врачам следует подробно объяснить пациенту характер заболевания и его доброкачественное течение. Однако важно также отметить, что поиск эффективного лечения может занять несколько месяцев. У многих больных только сочетание немедикаментозных методов (психотерапия, лечебная физкультура) и лекарственных препаратов позволяет снизить выраженность боли и улучшить качество жизни. Комплексное лечение позволяет полностью устранить симптомы ФМ у 25 % больных и у 25 % уменьшить их проявления.

Литература

1. Тактика врача-ревматолога: практическое руководство / под ред. В. И. Мазурова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 320 с.
2. Фибромиалгия: диагностика и лечение (обзор) / А.Б. Данилов // Поликлиника. — 2016. — Тт. 4-3. — С. 18-23.
3. Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай / Т.И. Насонова, Д.В. Романов, А.И. Исайкин // Consilium Medicum. — 2021. — Т. 23(11). — С. 874–878.
4. Современные подходы к терапии фибромиалгии / Т.И. Насонова, А.Х. Мухаметзянова, Г.Р. Табеева, П.А. Черноусов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2021. — Т. 13(5). — С. 83-89.
5. Фибромиалгия и миофасциальные болевые синдромы: монография / Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. — Пенза, 2008. — 143 с.
6. Коморбидные расстройства при фибромиалгии: диагностика и лечение: Диссертация на соискание кандидата медицинских наук / Насонова Т. И., Парфенов В. А.; ФГАОВ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ (сеченовский университет). — Москва, 2023. — 134 с.