УДК 616-002.17+615.03+616-08

*Дельва Ю.В., Яцишин Р.І., Сандурська Я.В., Олійник О.І.*

# Фіброміалгії – сучасні уявлення, клініка, лікування

Кафедра внутрішньої медицини № 1 з курсом клінічної імунології ім. акад. Е.М.Нейка (зав. каф. - проф. Р.І.Яцишин)
Івано-Франківського національного медичного університету

***Резюме.*** Висвітлені сучасні уявлення про природу, етіопатогенез, клініку, діагностику та лікування фіброміалгії - відносно поширеної, але такої, що рідко на практиці діагностується, ревматологічної патології. Стаття призначена для практичних лікарів – ревматологів, терапевтів, лікарів сімейної медицини.

***Ключові слова: фіброміалгія, діагностика, лікування.***

Фіброміалгія - широко поширена патологія, яка характеризується хронічною дифузною генералізованою м'язовоскелетною біллю, напруженням м'язів, перестезіями, розладами сну та загальною слабкістю, перебігає із появою множинних точок болючих ущільнень, які генералізовані по тілу і розміщені симетрично (2,3,5,6).

Синдром фіброміалгії вперше описаний в XIX ст.; спочатку цей патологічний стан позначався як фіброзит, «психогенний ревматизм», розглядався як своєрідне психосоматичне захворювання. Вперше в 1972 р. діагностичні критерії фіброміалгії запропонував H.Smyths, а пізніше (в 1981 р.) M.Yunus та A.Masi розробили сучасні критерії діагностики фіброміалгії з поділом форм хвороби на первинну та вторинну.

Фіброміалгія (1,2,7,8) вражає, переважно, жінок (у співвідношенні із чоловіками як 9 до 1), зустрічається однаково часто в усіх країнах, в усіх етнічних групах, в різних кліматичних умовах. Поширеність фіброміалгії може сягати 2 -4% в популяції (згідно зі статистикою, наприклад, в США хвороба зустрічається із частотою 3,4% серед жінок і 0,5% серед чоловіків). Захворювання зустрічається значно рідше у жінок молодого віку і відчутно частіше у жінок старших від 50 років, а у жінок віком 70 -79 років (1,6,8) спостерігається приблизно в 7,4%, причому в старшому віці перебіг фіброміалгії більш важкий. Якщо захворювання розпочинається в дитячому віці, то співвідношення хворих хлопчиків та дівчаток є однаковим. У деяких ревматологічних клініках фіброміалгія діагностувалася майже у 20% госпіталізованих.

Процес формування патології пояснюють кількома механізмами. Окрім дуже вірогідної генетичної схильності до розвитку фіброміалгії, цій хворобі сприяють захворювання ЦНС (особливо, депресивний стан) та фізична травма.

Розвиток хвороби стимулюють розлади сну (сон, що не дає людині відпочинку, відновлення або сон, який супроводжується передчасним пробудженням). На ЕЕГ при фіброміалгії спостерігаються розлади четвертої фази сну (підвищена активність альфа –хвиль), це знайшло підтвердження в клінічних спостереженнях та при експериментальних розладах сну. Однак подібні відхилення в якостях сну часто мають місце і серед здорових людей, а також відзначаються відразу після перенесеного стресу, при синдромі сонного апное, при лихоманках та при ревматоїдному артриті.

Хвороба могла би пояснюватись низьким рівнем в тканинах хворих на фіброміалгію нейротрансміттера серотоніну (який регулює відчуття болю та регулює сон) або прискореним обміном серотоніну у хворих, проте, у волонтерів використання засобів, що понижують рівень серотоніну, не викликає симптоматики фіброміалгії.

У результаті досліджень у пацієнтів із фіброміалгією виявлено зниження рівня гормону росту, який, як відомо, необхідний для м'язового відтворення і сили. У нормі гормон росту у людини продукується в четвертій фазі сну, а саме вона порушена у пацієнтів із фіброміалгією. Низьким рівнем гормону росту пояснюють тривалі болі в мязах після фізичних зусиль при фіброміалгії.

Пацієнти із фіброміалгією виявляють знижену відповідь на кортизол при стресі. Низька канцентрація вільного кортизолу у сечі та низька реакція продукції кортизолу у відповідь на кортикотропінвивільнюючий гормон у них свідчить про розлади в роботі гіпоталамічно-пітуітарно-адреналової системи, зокрема, про дисфункцію в обміні допаміну (це підтверджують непогані результати при застосуванні в лікування фіброміалгії антагоністів допаміну). У патогенезі хвороби певна роль відводиться порушенням імунної системи, які, можливо, викликаються патологічною мікрофлорою кишківника. При фіброміалгії (7) нерідко спостерігаються розлади з боку вегетативної та периферичної нервової систем, що виражається в ортостатичній гіпотензії, епізодах тахікардії, формуванні вегетодистонічних судинних проявів (нагадують синдром Рейно), вегетативних розладах сльозо – та слиноутворення, підвищеній чутливості до холоду. У структурах головного мозку, які визначають сигнальні, інтегральні та модуляторні функції (таламус, хвостате ядро та міст) у таких хворих нерідко відзначається зниження кровоплину. Поріг больових відчуттів від дії теплових та тактильних впливів при фіброміалгії нижчий, ніж в нормі. Певне значення в генезі хвороби надається стресу. Однак та обставина, що у хворих на фіброміалгію нерідко спостерігаються психологічні та сексуальні розлади або, навіть, і психіатричні діагнози (депресія, іпохондрія, тривожність, психосоматичні розлади) не дає підстав вважати, що саме вони впливають на виникнення цієї хвороби. Фіброміалгія може провокуватись емоційним стресом, інфекціями та іншими захворюваннями, хірургічними втручаннями, гіпотиреоідизмом, травмами. Інколи фіброміалгія розвивається у хворих на гепатит С та на інші хвороби, які викликаються вірусами або парвовірусами, на хворобу Лайма, деколи розвивається внаслідок лікування антибіотиками. До захворювань, які найбільш асоційовані із фіброміалгією, відносять (7) синдром подразненої кишки та синдром подразненого сечового міхура, синдром цефалгії (включаючи мігрень), дисменорею, передменструальний синдром, болі в грудній клітці некардіального походженняі, синдром Рейно, «сухий синдром», болі в ногах, в скронево-щелепному суглобі.

Біль у м'язах після фізичних навантажень та роботи у хворих на фіброміалгію є тривалішою, ніж у здорових. Проте, незважаючи на біль у м'язах та в м'язосухожилкових структурах, жодних структурних та анатомічних відхилень в них обстеження не виявляють.

Клінічним симптомом фіброміалгії, передусім, є генералізований м'язовоскелетний біль, болючі ущільнення в м'язах та слабкість. У частини хворих також мають місце болі внизу живота, що віддають у сідниці та ноги. Інші хворі скаржаться на біль та ущільнення в шиї та вище лопаток.

Пацієнти скаржаться на постійні м'язові болі, які підсилюються вже після помірних фізичних навантажень. Болі характеризують як пікучі чи роз'їдаючі, часом вони сприймаються як спазматичні із формуванням ущільнень та м'язових напружень, що робить їх картину подібною до клініки міофасціального синдрому. Часом болі розпочинаються в одному місці (плечі, шия, сіднична зона), а пізніше поширюються на значно більший простір. В окремих випадках пацієнт сприймає їх як суглобові болі, відчуває суглоби «ніби набряклими», але при цьому обстеження будь-яких відхилень не виявляє. Напруженість у м'язах найчастіше з'являється зранку, відразу після пробудження, іноді воно триває на протязі дня, але часто пізніше суттєво зменшується. Окрім цього, хворі можуть відчувати затерпання рук та ніг, ставати дуже чутливими до холоду, в них може розвиватися синдром Рейно, або подібний до нього стан. Характерним для них є відчуття слабкості та виснаження вранці, після сну, вранці вони прокидаються втомленими, часто відмічають, що якщо прокидаються серед ночі, то після цього погано засинають. Підвищена втомлюваність спостерігається у 87%, розлади сну – у 79%, часті головні болі більш, як у 50% хворих (2,6).

При фіброміалгії у хворих (7) частіше від інших супутніх патологічних змін зустрічаються емоціональні розлади, вегетативні синдроми та функціональні дисфункції (головні болі, парестезії, синдром подразненої кишки, передменструальний синдром, первинна дисменорея, вестибулярні порушення, синдром гіпермобільності суглобів, синдром подразнення сечового міхура, синдром Рейно та прояви синдрому Шегрена, сітчасте ліведо, пролапс мітрального клапану, дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу); проте ні один із цих проявів не є для фіброміалгії типовим (2).

Пацієнти можуть мати порушення когнітивних процесів, у них може відзначатись затруднення мислення, послаблення короткотермінової пам'яті. Їх часто турбують мігреноподібні болі, в інших хворих трапляються епізоди головокружіння, відчуття важкості в голові, тривоги або депресії. Вказана симптоматика зростає при стресах або під час хвилювання, при холодній та вологій погоді, при перенапруженні. Вказані патологічні явища у хворих на фіброміалгію послаблюються в теплу погоду та після відпочинку.

Характерною ознакою при об'єктивному обстеженні хворих на фіброміалгію є наявність в м'язах специфічних ущільнень або точок, які є напруженими та болючими. Критерії американської ревматологічної колегії (1996) для фіброміалгії передбачає наявність в м'язовій тканині хворих до 18 точок напруження, постійних за локалізацією. Діагноз цієї хвороби виставляється на підставі поширеної м'язово-скелетної болі, яка триває не менше трьох місяців та при наявності значної чутливості хоча б в 11 із 18 характерних точок при їх пальпації.

Вважають за доцільне враховувати головними наступні критерії фіброміалгії: тривалість кістково-м'язової болі понад 6 міс.; комбінація болі із психологічними та вегетативними розладами; наявність понад 5 точок ущільнення. При пальпації цих напружених точок рекомендують натискати із помірною силою (для стандартизації дослідження необхідно натискати із зусиллям 4 кг, що відповідає зусиллю до побіління нігтя великого пальця руки). Місця напруження м'язів можуть також бути обстеженими з допомогою долоріметрії, яка дозволяє «дозувати» зусилля, проте і пальцеве обстеження є достатньо ефективним та точним. Деякі ревматологи радять визначати напруженість точок із використанням обертальних рухів, що, на їх думку, є більш ефективним. Іноді спостерігається генералізована напруженість в м'язах, хоча, навіть, і при цьому болючість та ущільнення є найбільшими все ж в характерних точках. За даними (8) кількість больових точок може варіювати від 5 до 16, переважно вони локалізуються у м'язах плечового пояса, спини, люмбо-сакральної та сідничної ділянок. Часто напруженість проявляється при спробі взяти у хворого шкіру в складку, особливо якщо це зробити в ділянці під лопаткою. У місцях напруження вдається прощупати підшкірні вузлики.

Існуючі критерії Американської Ревматологічної колегії є корисними для стандартизації підходів до діагностики фіброміалгії, однак в ряді випадків клінічна картина захворювання не повністю вкладається в дані критерії (наприклад, у хворого може бути менше больових точок, а біль може бути не так строго локалізована).

Згідно (2) для практики доцільно користуватися наступними діагностичними критеріями фіброміалгії:

А. Обов'язкові критерії:

- поширена біль та скутість в м'язах впродовж 3 місяців або довше;

- відсутність у хворого інших захворювань (ревматологічних, ендокринних, онкопатології), які могли би давати болі та зміни з боку лабораторних та інструментальних показників.

Б. Великий критерій:

-локальна чутливість хоча б в 12 із 18 точок при їх пальпації із зусиллям 4 кг, як позитивний результат вважати відчуття болю, а не чутливості.

В. Малі критерії:

-анамнестичні ознаки захворювання, які відповідають різним психологічним та функціональним розладам;

- порушення сну із відчуттям ранкової слабкості та втоми.

Обстеження опорно-рухового апарату та нервової системи, лабораторні аналізи у хворих на фіброміалгію зазвичай не виявляють відхилень від норми. Деколи фіброміалгія може з'являтись у пацієнтів із ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком або іншими системними захворюваннями сполучної тканини або при захворюваннях іншої природи. Оскільки ознаки патології є при цьому аналогічними звичайним випадкам, вважається недоцільним поділяти фіброміалгію на первинну та вторинну.

Клінічна картина фіброміалгії має багато спільного із симптоматикою синдрому хронічної втоми (обидві патології асоціюються із наявністю загальної слабкості, розладами сну, болями у м'язах, порушеннями пам'яті та уваги, змінами психоемотивного статусу (найчастіше у формі депресії або збудження), проте симптоматика синдрому хронічної втоми більш відповідає клініці хвороби вірусної етіології (субфебрилітет, запальні болі в горлі, болі в аксилярних та інших лімфовузлах; початок хвороби завжди різкий, пацієнти можуть точно його датувати, біль не носить чітко локалізованої топіки).

Фіброміалгія може помилково діагностуватися як одне із системних захворювань сполучної тканини (спільними можуть бути м'язово-скелетні болі, кон'юнктивіт, холодні руки та слабкість, іноді позитивний тест на антинуклеарні антитіла, суб'єктивні відчуття хворими м'язової слабкості, хоча сила в м'язах нормальна). Ревматична поліміалгія відрізняється від фіброміалгії своїм перебігом, чутливістю до лікування кортикостероїдами, відзначається іншими особливостями болів та напруженості в м'язах, головним чином, в їх проксимальних сегментах, підвищенням ШОЕ. Окремими сторонами своєї клініки фіброміалгія може нагадувати гіпотиреоїдизм, міофасціальний синдром та соматичну симптоматику синдрому сонного апное.

З розвитком фіброміалгії 10-25% хворих втрачають працездатність по відношенню до будь-якої роботи, в інших випадках для них стає бажаним змінити характер праці на легшу. При відсутності надійного контролю над динамікою хвороби адекватно оцінити ступінь непрацездатності стає непростою справою.

Лікування фіброміалгії не завжди дає належний ефект, оскільки не відомий конкретний механізм хвороби. Те, що фіброміалгія не викликає дегенерації та деформації тканин, робить погляди на успішний результат лікування цілком обґрунтованими. Перший крок в лікуванні- покращення якості сну (1,4,6,8). Використання трициклідів- амітриптиліну (10-50 мг), нортриптиліну (10-75 мг) та доксепіну (10-25 мг) або інших подібних препаратів циклобензопріну (10 -40 мг) за 1-2 год до сну забезпечує пацієнтові повноцінний сон з відпочинком (зокрема, сприяє повноцінній четвертій фазі сну), що призводить до клінічного покращення. Краще розпочинати із менших доз зазначених препаратів, поступово їх збільшуючи при потребі. Проте часто побічні ефекти зазначених ліків (сухість в роті, сонливість, збільшення маси тіла, забруднення мислення) обмежують їх використання. Паралельно доводиться лікувати в них депресію або збудження, проте це краще робити під наглядом психіатра. В якості антидепресантів краще використовувати препарати, які підвищують рівень серотоніну (флуоксетин, сертралін, пароксетин, циталопрем) або препарати подібної дії (тразодон та венлафаксин). Використання інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну може бути достатньо ефективним. Можуть бути застосовані міорелаксанти з анальгетичною дією (баклофен, дандролен, сірдалуд, циклобензаперин) та нестероїдні протизапальні препарати, особливо в ін'єкціях та в аплікаціях на больові точки. Іноді в лікуванні використовують засоби, ефективність яких не доведена (прогестерон, андростерон, активатори фосфорилаз, пірацетам, антиоксиданти, препарати яблучної кислоти).

У лікуванні (4) допомагають також фізичні вправи, процедури на витяжіння, заняття аеробікою, які особливо показані коли стан хворого починає поліпшуватись, стає кращим сон,

зменшуються біль та слабкість. Заняття повинні бути дозованими, розпочинатись з невеликих навантажень (наприклад, вправ по 20-30 хвилин 3-4 рази на тиждень). Нестероїдні протизапальні ліки тільки частково покращують симптоматику, а глюкокортикостероїдні препарати при цій патології не застосовують. Біль знімається ацетомінофеном та трамадолом; використовується габапентин (300 -1200 мг/день в кілька прийомів), який ефективно зменшує біль. Прийоми локальної терапії (прогрівання, масаж, ін'єкції стероїдів чи місцевоанастезуючих засобів в точки чутливості) дають тільки короткочасне покращення стану хворих. У різній ступені допомагають в лікуванні фіброміалгії гіпноз, антистресорна терапія та тренінг вміння розслаблятись. Рекомендується санаторно-курортна терапія, бальнеотерапія, неглибокий масаж (оскільки інтенсивний масаж погіршує стан), з нетрадиційних методів лікування використовують кріотерапію (короткочасне зниження загальної температури тіла) та акупунктуру.

Фіброміалгія найчастіше має хронічний перебіг зі зміною інтенсивності своїх проявів, часто прояви захворювання зберігаються впродовж всього життя, в більшості випадків даючи поступове послаблення своєї симптоматики. Загалом перебіг фіброміалгії варіабельний, в одних випадках виснажливий та важкий, з вираженими біллю та слабкістю, які майже не піддаються лікуванню, в інших випадках хвороба має відносно м'який перебіг. За даними (2) в результаті двохрічного лікування фіброміалгії у 24% хворих наступила ремісія, а у 47% - значне покращення із динамікою регресу клінічних проявів захворювання.

**Література**

1. Джус М.Б. Фіброміалгія – міф чи реальність //Український медичн. вісник/Therapia.-2010 .-№ 6.- с.10 -14.

2. Зборовский А.Б., Бабаева А.Р. Синдром первичной фибромиалгии: диагностика и лечение// В мире лекарств, 100.-№ 1

3. Иваничев Г.А. Старосельцева Н.Т. Фибромиалгия (генерализованная тендомиопатия ).// Журн. неврол. и психиатрии.-2000.- № 4.- с. 54 -61.

4. Модик А.Г. Актуальные вопросы клиники и лечения нейрогенных болевых синдромов: Сб. научн. Т рудов. Саратов 1989 с. 59 -63.

5. Пашковский И.Б. Миофасциальній болевой синдром и фибромиалгия (клинические особенности и медицинская реабилитация). // Вестник физиолтерапии и курортологи.- 2003.- № 2.-с. 76 -79.

6. Табеева Г.Р., Короткова С.Б., Вейн А.М. Фибромиалгия // Журн. неврол. и психиатрии .- 2000.- № 4.- с. 69 -77.

7. Хоменко В.М.,Станіславчук М.А. Спектр і частота функціональних розладів у хворих на фіброміалгію. Укр.. ревматол. журнал .- 2006 .- № 4с. 41-44.

8. Travell J.G., Simons D.P. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Baltimore/ 1983/

*Дельва Ю.В., Яцишин Р.И., Сандурская Я.В., Олийнык А.И.*

**Фибромиалгии – современные представления, клиника, лечение**

***Резюме***. Изложены современные представления про природу, этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение фибромиалгии – относительно распространенной, но на практике редко диагностируемой ревматологической патологии. Статья предназначена для практических врачей – терапевтов, ревматологов, врачей семейной медицины.

***Ключевые слова: фибромиалгия, диагностика, лечение.***

*Delva Yu.V.,YatsyshynR.I.,Sandurska Ya.,V., Oliynyk O.I.*

**Fibromyalgia – Modern Conceptions, Clinical Features, Treatment**

***Summary:*** The modern conceptions about clinical essence, etiopathogenesis, clinical features, aspects of diagnostics and treatment of fibromyalgia are described. It is actually problem because in medical practice the cases of fibromyalgia are diagnosed considerably seldom, although this disease occurs more often. This article meants for internists, rheumatologies and doctors of family medicine.

***Key words: fibromyalgia, diagnostics, treatment.***

Надійшла 22.10.2012 року.

УДК : 616-071+616.348.002+616.37+616-08+613.95

*Жиляк О.В.*

## Вплив функціональних та органічних захворювань кишечника на панкреатичну секрецію у дітей

Кафедра педіатрії (зав. каф. – проф. А.Б.Волосянко) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

***Резюме.*** У даній статті представлено стан проблем етіології та патогенезу постінфекційних синдрому подразненого кишечника і хронічного коліту на сучасному етапі. Також представлені відомі спільні ланки патогенезу СПК і ХНК, що і доводить той факт, що СПК і ХНК, як самостійні нозологічні форми, є в той же час стадіями одного й того ж процесу, що розпочинається функціональними розладами і закінчується глибокими морфологічними змінами. Також представлені спільні механізми регуляції панкреатичної секреції і діяльності кишечника.

***Ключові слова: постінфекційні хронічний коліт і синдром подразненого кишечника, вазоактивний інтестинальний пептид, зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози, дисбактеріоз.***

**Сучасний стан проблеми етіології та патогенезу синдрому подразненого кишечника та хронічного коліту у дітей.**

Захворювання травної системи у дітей займають значне місце в структурі дитячої соматичної захворюваності. За частотою вони поступаються лише захворюванням дихальної системи (разом з респіраторними вірусними інфекціями) і становлять від 130-150‰ (дані України) до 300-500‰ (дані Росії). Випадком це не назвеш, оскільки патологія травної системи (і не тільки у дітей) має тенденцію до безперервного зростання у всьому світі, включаючи високо розвинені країни [15,16,17]. Це пов'язане із впливом на організм дитини, насамперед, таких «інтернаціональних» чинників як обтяжена спадковість, гострий і хронічний стрес, вірусна, бактеріальна й грибкова інфекції. Якщо до цього додати вплив екологічних та економічних чинників, які в свою чергу сприяють кількісним та якісним порушенням харчування – найважливішого фактора нормального фізичного й психічного розвитку дитини, то стає очевидною не тільки медична, але й соціальна значимість проблеми захворювань травної системи в дітей [18,19,20]. Серед хронічних захворювань травної системи у дітей істотне місце займають захворювання кишечника [22]. Причому, поряд із захворюваннями тонкої кишки, більше властивим дітям раннього віку (синдром порушеного перетравлювання і всмоктування – мальабсорбція), все більше місця займають захворювання товстої кишки, як функціональні – синдром подразненого кишечника (СПК), так і органічні – хронічний невиразковий коліт (ХНК) [23,24].

Відомі спільні ланки патогенезу СПК і ХНК: моторна дисфункція, дисбаланс екологічної системи кишечника, напруженість системного та місцевого імунітету, посилення вільнорадикального окислення ліпідів, гомеостатичні порушення, розлади диференціювання та проліферації колоноцитів [25,26,27]. Все частіше СПК і ХНК розглядають як стадії одного процесу, який починається функціональними розладами на фоні вісцеральної надчутливості та завершується неспецифічними структурними змінами слизової оболонки товстої кишки (СОТК), які мають стереотипний характер незалежно від причин їх розвитку [28,29,30,31].

Ключовим моментом в розумінні суті СПК стає його морфо-