

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

ОЦЕНКА НА ОБОБЩЕНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ФИЗИЧЕСКО И ПСИХИЧЕСКО ЗДРАВЕ ПРИ БОЛНИ С ПЪРВИЧНА И ВТОРИЧНА ФИБРОМИАЛГИЯ

В. Решкова, Р. Рашков, С. Монов

Клиника по ревматология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“
Катедра по ревматология, Медицински университет – София

Резюме. Фибромиалгията (ФМ) е широко разпространена и обхваща различни възрастови групи, най-често между 20 и 50 години. При пациенти с ревматични болести – остеоартроза (ОА) и системен лупус еритематозус (СЛЕ), се установява придружаваща/вторична ФМ. Наличието на вторична фибромиалгия при СЛЕ и ОА е изследвано от различни автори и е установено при приблизително 20% от тези болни. Целта на настоящото клинично изпитване е да се установи връзката между клиничните прояви на фибромиалгия, обобщения показател за физическо здраве (PCS) и обобщения показател за психическо здраве (MCS) при болни с първична и вторична фибромиалгия, сравнени с контролна група здрави лица. В проспективно проучване, проведено в Клиниката по ревматология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и медицински център „Фокус 5“, са изследвани 83 болни с първична ФМ, 39 болни с ФМ+ОА, 23 болни с ФМ+СЛЕ, 27 болни със СЛЕ и 36 здрави лица. Анализира се връзката между обобщения показател за физическо и психическо здраве и други клинични симптоми при болни с първична и вторична фибромиалгия. Получените резултати показват, че степента на болката определя останалите клинични симптоми. При ФМ способността за извършване на ежедневни дейности е свързана с наличието на депресия по скалата на Von Zerssen за определяне на обобщения показател за физическо здраве. Влиянието на ФМ върху ежедневните активности – социалната част, е свързано със степента на депресия по HADS за определяне на обобщения показател за психическо здраве.

Ключови думи: обобщен показател за физическо и психическо здраве, фибромиалгия

ВЪВЕДЕНИЕ

Фибромиалгията (ФМ) е широко разпространена и обхваща различни възрастови групи, най-често между 20 и 50 години. Засяга жени и мъже в съотношение от 9:1 до 20:1. От нея страдат от 7 до 10 милиона американци, което е между 3 и 6% от популацията. Няма определена етническа предиспозиция. Няма епидемиологични данни за разпространението на ФМ в България [1].

През 2016 година ACR приема нови критерии, които се основават на наличието на хронична дифузна болка в 7 или повече от 19 региона от човешкото тяло през последните 3 месеца и придружаващи клинични симптоми (SS – Severity Scale – умора, неосвежаваща почивка, когнитивни симптоми) [2].

Диагнозата първична фибромиалгия се поставя по изброените критерии. Диагноза вторична/придружаваща фибромиалгия се поставя, когато клиничните симптоми са вторични в хода на

ревматично или друго заболяване. Остеоартрозата, СЛЕ и други болести често се асоциират с фибромиалгия [3].

Болните с фибромиалгия съобщават за промени в съня, хронична болка, умора, стрес, депресия и тревожност, независими от СЛЕ. Много често е трудно да се разграничат тези симптоми дали са от активност на СЛЕ или от вторична фибромиалгия. Депресията е един от симптомите при болните с ФМ. Един от пет човека имат депресия поне веднъж в живота си. Депресията може да се влоши в хода на друго хронично състояние или хронична болест. Гонартроза, СЛЕ и ревматоиден артрит се придружават от депресия [4].

Целта на настоящото клинично наблюдение е да се установи връзката между клиничните прояви на фибромиалгия, обобщения показател за физическо здраве (PCS) и обобщения показател за психическо здраве (MCS) при болни с

първична и вторична фибромиалгия, сравнени с контролна група здрави лица.

КЛИНИЧЕН МАТЕРИАЛ

В проспективно проучване са изследвани:

- **83 болни** – 78 жени и 5 мъже, **с първична ФМ**, на средна възраст $40,67 \pm 11,15$ години,
- **39 болни** жени с **фибромиалгия и остеоартроза**, на средна възраст $50,77 \pm 10,73$ години,
- **23 болни** – 22 жени и 1 мъж, **със СЛЕ и фибромиалгия**, средна възраст $47,9 \pm 8,86$, с активност по SLEDAI 4-6 точки без засягане на жизненоважни органи и системи, без невролупус,
- **27 болни** – 25 жени и 2 мъже, **със СЛЕ**, средна възраст $46,96 \pm 11,7$, с активност по SLEDAI 4-6 точки без засягане на жизненоважни органи и системи, без невролупус
- **36 здрави** – 30 жени и 6 мъже, на средна възраст $46,53 \pm 9,9$.

Допълнителна информация за групите болни включва етиологични фактори, продължителност и време на поява на ФМ. Обобщени данни са представени на табл. 1.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Клинични методи

1. Оценка на диагнозата фибромиалгия по критериите от 2016 година

2. Оценка на тревожността по скала HADS – тревожност и депресията по скала HADS – депресия [5].

3. Оценка на влиянието на фибромиалгията върху живота на болните с ФМ чрез въпросник FIQ. Включва въпроси за самостоятелен отговор. Измерва физическата функция, състоянието на работа на болните – отсъствие от работа, трудност при работата, депресия, тревожност, болка, скованост, умора, благополучие през изминалата седмица. Разработеният въпросник се опитва да улови общия спектър от проблеми и да насочи към същността и лечението на ФМ. Версията от 2009 г. включва 21 въпроса, разделение в 3 подскали – физическа функция – 9 въпроса, общо състояние – 2 въпроса, други симптоми – 10 въпроса [6].

4. Оценка на качеството на живот на болните с ФМ и здравите лица с SF-36. SF-36 е въпросник за оценка на качеството на живот, физическата и психическата функция. Оценката от 0 до 100% показва, че 0% е най-лошото здраве, а 100% е най-доброто здраве. В такъв случай по-високите стойности на скалата съответстват на по-добро качество на живот [7].

SF-36 се състои от 8 подскали, изследващи различни сфери на живота. Чрез тази скала авторите дават възможност за сравнение на оценките от различните подскали с нормата за общата популация, която има средна стойност 50 със стандартно

Таблица 1. Характеристики на болните с първична и вторична ФМ

Група болни	С първична фибромиалгия	С вторична фибромиалгия при остеоартроза	С вторична фибромиалгия при СЛЕ	Със СЛЕ без фибромиалгия	Здрави лица
Демографски характеристики					
Брой болни	83	39	23	27	36
Брой / % жени	78; 94%	39; 100%	22; 95,7%	25; 92,6%	30; 83,3%
Брой / % мъже	5; 6%	0; 0%	1; 4,3%	2; 7,4%	6; 16,7%
Възраст (год.), средна $\pm$ SD (стандартно отклонение) ранг	$40,68 \pm 11,15$	$50,77 \pm 10,73$	$47,9 \pm 8,86$	$46,96 \pm 11,7$	$46,53 \pm 9,9$
Продължителност на ФМ	$4,2 \pm 3,2$	$7 \pm 4,9$	$5,17 \pm 3,38$	няма	няма
Средна възраст при началото на оплакванията (год.) $\pm$ SD (стандартно отклонение) ранг	$36,53 \pm 10,32$	$43,2 \pm 10,0$	$42,9 \pm 7,58$	няма	няма
Причина за ФМ					
Психическо натоварване	81.9	69.2	82,6	-	-
Физическо натоварване	15.7	30.8	17,4	-	-
Липса на работа	2.4	0	0	-	-
Общо	100	100	100	-	-
Образование					
Основно	2	3	2	2	2
Средно	36	15	10	14	15
Висше	42	18	8	8	18
Полувисше	3	3	3	0	1

отклонение 10. Резултатите могат да бъдат трансформирани и по скалата от 0 до 100, като оценка, по-близка до 100, означава по-добро качество на живот. Използването на базираните на нормата резултати (Norm-Based Scores – NBS) има редица предимства – по-лесна интерпретация, възможност за изчисляване на два обобщени показателя за физическо и психическо здраве, сравняване на оценките с други популации и др. [7].

Статистически методи

Данните са обработени със статистическия пакет SPSS 16.0 за Windows. За всички сравнения за ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, е избрано $p < 0,05$. Резултатите от количествените величини са представени като средна аритметична стойност $\pm$ SD. За определяне вида на разпределението е използван непараметричен тест на Kolmogorov-Smirnov. При правилно разпределение са използвани параметрични методи – t-тест на Student, вариационен анализ, корелационен анализ. При неправилно разпределение или хомогенност на променливите са използвани непараметрични методи – тест на Mann Whitney, Kruskal Wallis, Chi-квадрат. Линеарни модели анализират връзката между мно-

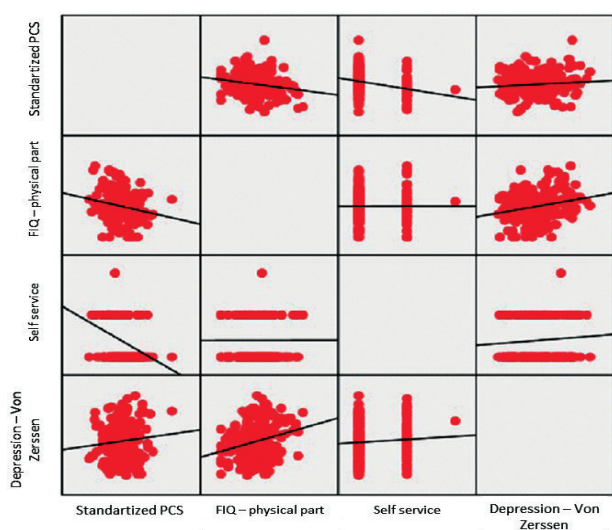
го от изследваните фактори, които имат най-голяма тежест на модела.

РЕЗУЛТАТИ

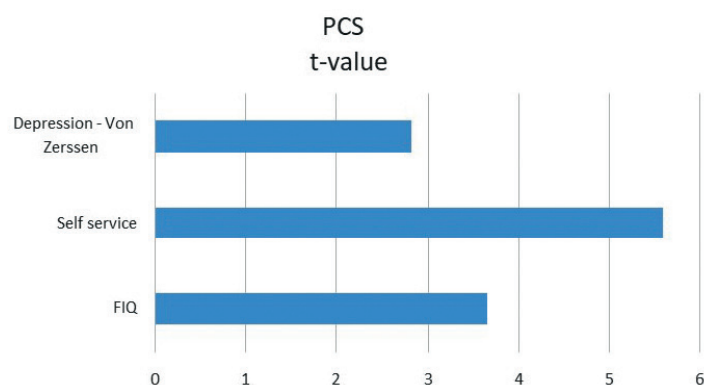
Резултати от многомерни зависимости на клинични прояви и обобщения показател за физическо здраве (PCS) при ФМ

На фиг. 1 е представена връзката на част от клиничните прояви при ФМ – самообслужване, влияние на ФМ върху ежедневните активности, депресия по скалата на Von Zerssen и обобщения показател за физическо здраве (PCS). Установява се, че всеки клиничен признак допринася за общото състояние на физическото здраве и избраните три клинични характеристики по статистическа значимост $p < 0,05$ допринасят в малка степен за моделиране на физическо здраве.

Коефициентът R-square adjusted = 0,182 показва каква част от PCS може да се обясни с изградения модел. Тук показателят е много нисък, т.е. моделирането не е достатъчно силно за използването само на клиничните прояви самообслужване, влияние на ФМ върху ежедневните активности и депресия по скалата на Von Zerssen за определяне на обобщения показател за физическо здраве (фиг. 2)



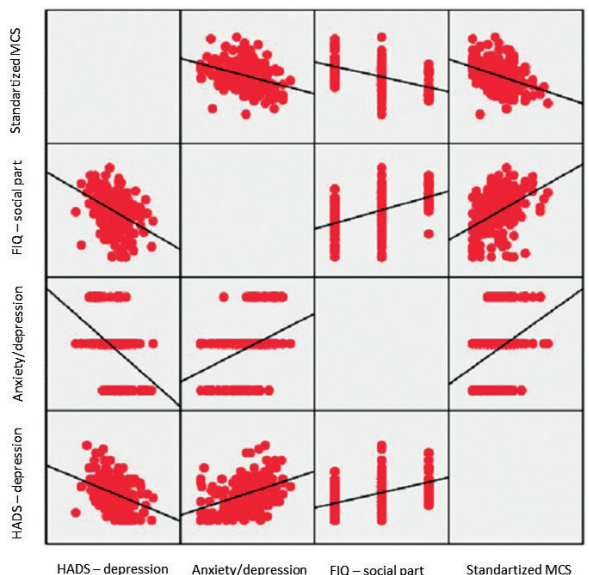
Фиг. 1. Многомерни зависимости на клинични прояви и обобщения показател за физическо здраве (PCS) при ФМ



Фиг. 2. Многомерни зависимости на клиничните прояви и PCS при ФМ

Резултати от многомерни зависимости на клинични прояви и обобщения показател за психическо здраве (MCS) при ФМ

На фиг. 3 е представена връзката на част от клиничните прояви при ФМ – депресия/тревожност, влияние на ФМ върху ежедневните активности – социална част, депресия по HADS и обобщения показател за психическо здраве (MCS).



Фиг. 3. Многомерни зависимости на клинични прояви и обобщения показател за психическо здраве (MCS) при ФМ

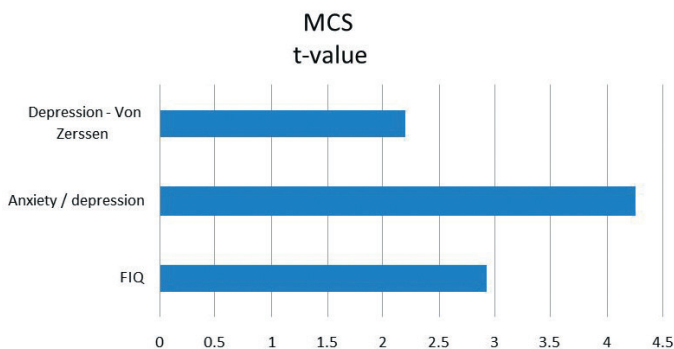
Установява се, че всеки клиничен признак допринася за общото състояние на психическото здраве и избраните три клинични характеристики по статистическа значимост $p < 0,05$ допринася в малка степен за моделиране на психическото здраве.

Коефициентът $R\text{-square adjusted} = 0,275$ показва каква част от MCS може да се обясни с изградения модел. Тук показателят е много нисък, т.е. моделирането не е достатъчно силно за използването само на клиничните прояви депресия/тревожност, влияние на ФМ върху ежедневните активности – социална част, депресия по HADS за определяне на обобщения показател за психическо здраве (фиг. 4).

Обсъждане

Състоянието на физическото и психическото здраве може да се опише от всеки болен с ФМ с обхващане на определени показатели. Те представят как физически и естетически човек усеща своето тяло и състоянието на тревога, депресия, умора, емо-

ционална стабилност. Тези показатели обикновено се описват при проследяване на болни със злокачествени заболявания. Все по-често се обръща поглед към тези проблеми при хора с други заболявания, например СЛЕ и ФМ. Вниманието на изследователите се насочва към оценка на сън, хронична болка, умора, стрес, депресия, тревожност, физическо здраве, болестна активност и увреда при СЛЕ. Отчита се наличието на вторична ФМ при СЛЕ. При ФМ болните описват нарушения на съня, хронична болка, умора, стрес, депресия, тревожност, независими от клиничната активност на СЛЕ. Понякога е трудно да се разграничат тези симптоми дали са проява на СЛЕ, или на вторична ФМ [8]. В разработката на Weinberg се изследват физическото и психическото състояние на болните със СЛЕ. Оценява се болестната активност със SELENA SLEDAI Index, увредата при СЛЕ със SLICC ACR, въпросници за умора и депресия за пациентите. В изследването са включени 115 болни със СЛЕ на средна възраст $40,1 \pm 13,74$. При 30% от болните със СЛЕ е установена депресия, 14,8% са с вторична ФМ при СЛЕ. При пациентите със СЛЕ без ФМ най-силна зависимост се установява между влошеното физическо и психическо здраве и наличието на маларен обрив, депресия и стрес. При болните със СЛЕ и ФМ (17 болни) се установява най-силна зависимост между влошеното физическо и психическо здраве и депресията при 71% от случаите. Около 1/3 от болните със СЛЕ могат да развият вторична ФМ. Това е валидно за младите пациенти, които често имат репродуктивни и финансови проблеми. Най-силна е връзката между влошено физическо и психическо здраве и стрес, депресия и кожна форма на СЛЕ. Лимитирането е поради трудния модел на болните с ФМ и по-малкия брой болни с вторична ФМ спрямо СЛЕ [8].



Фиг. 4. Многомерни зависимости на клиничните прояви и MCS при ФМ

Според нашите резултати при болните със СЛЕ + ФМ се установява умерена положителна зависимост със сигнификантен коефициент на корелация между депресивните прояви, оценени чрез трите скали за депресия – по HADS, по ZUNG, по Von Zerssen ($p < 0,001$). Сумата от всички критерии за ФМ – умора, неосвежаваща почивка, когнитивни промени и други симптоми, има слаба положителна корелация с несигнификантен коефициент на корелация с броя на болезнените точки и броя на областите с дифузна болка при болните със СЛЕ + ФМ, с депресията по трите скали за депресия ($p < 0,001$).

Стресът в ежедневието води до промени в съня – непълноценен, разкъсан, изобщо липса на сън. Тези промени водят до отрицателни ефекти върху общото състояние на болни с остеоартроза. Затлъстяването също води до отрицателни ефекти върху болката и общото състояние на пациенти с остеоартроза, влошава състоянието на ставния хрущял. Това променя патофизиологията на болката при остеоартроза, въздейства върху физическото и психическото здраве, които са свързани с качеството на съня. При остеоартроза състоянието на болните оказва влияние върху съня, състоянието на умора, работоспособността, физическата активност [9]. Тези факти водят до емоционален и физически стрес. Депресията и обездвиждането провокират затлъстяването и са основни фактори за влошаването на качеството на съня. Болните с остеоартроза, сравнени с тези с фибромиалгия, имат хронични проблеми със съня, които корелират с хроничната болка и вторичното възпаление от остеоартрозата, последващите депресия, стрес, когнитивна дисфункция. Установяването на различните фактори, които водят до стрес и промени в съня при болни с остеоартроза, може да намали степента на тези оплаквания чрез включване на лечение, рехабилитация, когнитивна терапия [9].

Симптомите, свързани с широко разпространена болка, са оценени с помощта на Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), краткия въпросник на SF-36 за изследване на здравето (SF-36). Установява се, че при болни със средно 15 болезнени точки отрицателният ефект върху ежедневните активности и психическото здраве са по-често срещан, отколкото при пациенти със средно 6 болезнени точки [3].

В клиничните проучвания обикновено се използва FIQ, който е комплексен въпросник за умора, физическа активност, тревожни и депресивни промени. Той е комбиниран и за всяко клинично

оплакване има средно 2-3 въпроса. Използването на този въпросник не е достатъчно, за да се получи подробна информация за всеки симптом. Затова в нашата разработка са залегнали 2 въпросника за умора (FSS и MFIS) (приложения 1 и 2) и един въпросник за останалите симптоми със степени. Въпросниците за умора са прилагани при системен лупус еритематозос и се оказват с висока информативна стойност при тази болест [10]. Тези факти са довели до избора на посочените въпросници при ФМ.

Получените резултати са доказателство, че развитието на болката при ФМ не е изолиран процес, а е свързан с генериране на придружаващи клинични оплаквания. По този начин намираме потвърждение за комплексната клинична картина на „фибромиалгичната личност“ [8]. Коефициентът $R\text{-square adjusted} = 0,182$ показва каква част от PCS може да се обясни с изградения модел. Тук показателят е много нисък, т.е. моделирането не е достатъчно силно за използването само на клиничните прояви самообслужване, влияние на ФМ върху ежедневните активности и депресия по скалата на Von Zerssen за определяне на обобщения показател за физическо здраве. Коефициентът $R\text{-square adjusted} = 0,275$ показва каква част от MCS може да се обясни с изградения модел. Тук показателят е много нисък, т.е. моделирането не е достатъчно силно за използването само на клиничните прояви депресия/тревожност, влияние на ФМ върху ежедневните активности – социална част, депресия по HADS за определяне на обобщения показател за психическо здраве.

Изводи

1. Болните с първична фибромиалгия и вторична ФМ при остеоартроза, системен лупус еритематозос имат сравними показатели по отношение на силата на болката и способността за извършване на ежедневните дейности.

2. Получените резултати показват, че степента на болката определя останалите клинични симптоми.

3. Способността за извършване на ежедневни дейности при ФМ е свързана с наличието на депресия по скалата на Von Zerssen за определяне на обобщения показател за физическо здраве.

4. Влиянието на ФМ върху ежедневните активности – социална част, е свързано със степента на депресия по HADS за определяне на обобщения показател за психическо здраве.