

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

ОЦЕНКА НА ЛЕЧЕНИЕТО НА ГЛАВОБОЛИЕ ПРИ БОЛНИ С ФИБРОМИАЛГИЯ

В. Решкова

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

Резюме. Фибромиалгията (ФМ) се характеризира с генерализирани болки, персистиращи повече от 3 месеца, които са спонтанни, дифузни, продължителни и необясними; болка при механичен натиск в 11 от 18 точки. Четири терапевтични групи с ФМ и група здрави контроли са изследвани в продължение на 3 месеца в Клиника по ревматология, София. Оценка на придружаващите клинични оплаквания на болните се извърши чрез самостоятелен отговор на въпроси по 5-степенна скала. Получените резултати имат практическа значимост и дават увереността да се изследват придружаващите симптоми при ФМ, да се отчита връзката между тях и да се наблюдава комплексното им повлияване от проведеното лечение

Ключови думи: фибромиалгия, главоболие, клинични прояви

Увод

Още Хипократ описва дифузни мускулно-скелетни болки. От средата на 20-ти век учените търсят връзка между дифузните мускулни болки, главоболието, умората, невъзстановителния сън и психическото натоварване [7]. През 1990 година са въведени критериите за диагноза на фибромиалгия (ФМ) на Американската колегия по ревматология (ACR). ФМ се характеризира с генерализирани болки, персистиращи повече от 3 месеца, които са спонтанни, дифузни, продължителни и необясними; болка при механичен натиск в 11 от 18 точки. Прагът на болката в тези точки трябва да е с по-малко налягане от 4 kg/cm² [9]. Клиничната картина на ФМ е много разнообразна – главоболие, което може да е от тензионен тип или истинска мигрена (40% от случаите), промени в циркулацията (синдром на Рейно), съдова игра, дермографизъм, палпитации, съпроводени с тревожност до сърдечна невроза, кожни обриви, намаляване на способността за концентрация, намаляване на зрението и слуха, виене на свят и прилошаване, профузно изпотяване, мигалгии, артралгии с чувство на подуване на пръстите, миоклоничен тремор на крайниците [4]. И до днес измерването на прага на хроничната болка с долориметър в комбинация с оценка на придружаващите симптоми при фибромиалгия,

остават обективни методи за диагностика на тази болест.

КЛИНИЧЕН КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИ

Настоящото проучване е проспективно и е извършено в Клиниката по ревматология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и МЦ „Фокус 5“ – София. Изследваните болни са разделени в 4 терапевтични групи, лекувани с различни медикаменти – trazodone, pregabalin, mydocalm и tizanidine в продължение на 3 месеца, 1 група нелекувани болни и 1 контролна група здрави лица [1]. В таблица 1 са представени демографските характеристики на лекуваните болни, в таблица 2 – на здравите. Болните не се различават от здравите по демографски характеристики.

Таблица 1. Демографски характеристики на всички болни с ФМ

Демографски характеристики	Стойности
Брой болни	97
Брой (% жени)	86 (88,5%)
Съотношение жени:мъже	8:1
Възраст (год.), средна $\pm$ SD (стандартно отклонение) ранг	20-71; 46,5 $\pm$ 11,4
Продължителност на ФМ (год.)	1-44; 6,1 $\pm$ 8,68
Средна възраст при началото на оплакванията (год.) $\pm$ SD (стандартно отклонение) ранг	19-63; 40,5 $\pm$ 11,3

Таблица 2. Демографски характеристики на здравите лица

Демографски характеристики	Възраст
Брой здрави	39
Брой (% жени)	38 (97,44%)
Възраст (год.), средна $\pm$ SD (стандартно отклонение) ранг	21-70; 45,8 $\pm$ 13,73

Методи

1. Анамнеза и преглед на болните. При анамнезата на болния се обърна специално внимание на давността на ФМ, на етиологичните фактори за възникване на ФМ, социалната заетост и образованието на болния, наличие на умора, тензионен тип главоболие, нарушения в съня и автономни нарушения.

2. Измерване на прага на болка в 18 точки за поставяне на диагнозата ФМ.

Проследи се прецизно промяната на прага на болката във всички болезнени точки с долориметрия, измерена в kg/cm² с долориметър на Fisher.

3. Оценка на придружаващите клинични оплаквания на болните – нарушения в съня, главоболие, автономни нарушения, наличие на дифузни болки. Оценката се извършва чрез самостоятелен отговор на въпроси за всички придружаващи симптоми, които са оценени по 5-степенна скала.

4. Параклинични методи – изключи се активно възпалително и системно заболяване чрез изследване на лабораторни показатели.

5. Статистически методи – ANOVA, факторен анализ, корелационен анализ, Paired Samples

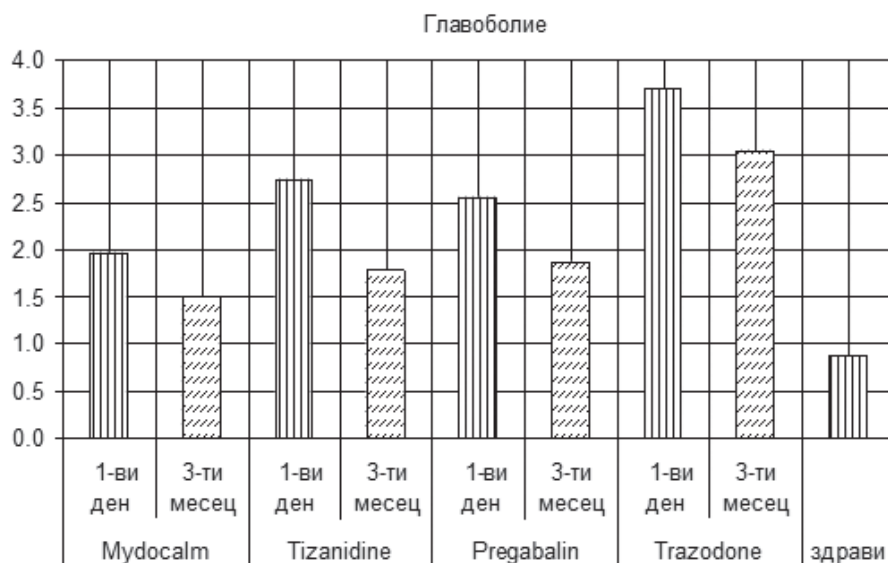
Test. Статистическата обработка на данните се извърши чрез софтуерната статистическа програма SPSS-13.0 (1).

РЕЗУЛТАТИ

1. Резултати от динамика на главоболието

На графика 1 са представени резултатите от динамиката на главоболието (тензионен тип) – намаляване на интензивността му след 3-месечен период на лечение в 4 терапевтични групи, сравнени с група здрави лица. Най-добър е успехът от лечението с tizanidine – намаляването на интензивността на главоболието е с 1,01, 36%, $p>0,05$ (преди лечение – средна аритметична стойност $\pm$ стандартно отклонение 2,81 $\pm$ 1,69, мин. 0, макс. 5, след лечение 1,8 $\pm$ 1,64, мин. 0, макс. 4); pregabalin – 0,8, 29,7 %, $p>0,05$ (преди лечение 2,69 $\pm$ 1,67, мин. 0, макс. 5, след лечение 1,89 $\pm$ 1,53, мин. 0, макс. 4); trazodone – 0,8, 21,9%, $p>0,05$ (преди лечение 3,64 $\pm$ 1,09, мин. 0, макс. 5, след лечение 2,96 $\pm$ 0,93, мин. 0, макс. 4); mydocalm – 0,44; 21,5 %, $p>0,05$ (преди лечение 2,04 $\pm$ 1,65, мин. 0, макс. 4, след лечение 1,6 $\pm$ 1,43, мин. 0, макс. 3). Средната аритметична стойност на оценката за интензивността на главоболието в контролната група е 0,897, а в групите с болни достига до 3,636. Статистически достоверна разлика на симптома се наблюдава между здрави и всички болни преди лечението, а в групата на mydocalm и след лечението. Следователно след лечението болните се доближават до групата на здравите.

Практическите резултати от лечението на главоболието при ФМ показват най-висока ефектив-



Графика. 1. Динамика на интензивността на главоболието преди и след лечение в 4 терапевтични групи и контролна група здрави лица ($p>0,05$)

ност на tizanidine, следван от pregabalin, trazodone и mydocalm. Качествата на tizanidine като миорелаксant с предимно централно действие повлияват спастичността на мускулите на главата и шията, която е една от причините за тензионния тип главоболие. В практиката за лечение на тензионния тип главоболие при ФМ медикаментите могат да се подберат в посочения ред.

2. Процентно разпределение на болните с тензионен тип главоболие.

Преди лечението 80,4% от болните (лекувани и нелекувани) са с главоболие (тензионен тип). В контролната група здрави (нямат фибромиалгия) без главоболие са 68% от участниците. Преди започване на лечението с mydocalm 62% от болните съобщават за наличие на тензионен тип главоболие. То изчезва при част от болните и в края на лечението 46% съобщават за наличие на главоболие.

В групата болни, лекувани с tizanidine, болните в началото и в края на лечението, които съобщават за тензионен тип главоболие, са съответно 77% и 59%, при лекуваните с pregabalin са 76% и 69%. При 91% от нелекуваните болни се установява тензионен тип главоболие.

От представените резултати се вижда различното разпределение на болните със и без тензионен тип главоболие в терапевтичните групи. Най-малко болни без тензионен тип главоболие, са разпределени за лечение с mydocalm. Главоболието изчезва напълно при 18% от болните, лекувани с tizanidine, и при 16% от болните след лечение с mydocalm. За практическата работа с болните с ФМ е важно, че мускулните релаксанти са с добър ефект върху придружаващото тензионен тип главоболие.

ОБСЪЖДАНЕ

В много научни съобщения главоболието е придружаващ тревожен и трудно повлияващ се симптом при ФМ. В проучването на Wolfe и сътрудници [9] за изготвяне на критериите за диагноза на ACR 1990, 97,6 % от болните с ФМ имат хронична болка, 75,6% имат промени в съня, 78,2% – умора, 54,3% – главоболие. Макар и учудващо, но съвпада процентът на нашите болни с хронична болка преди лечението – 97,6%, 88,4% са с нарушения в съня, 97,5% са с умора. По-висок процент от болните са с главоболие – 80,4% [9].

За повлияване на главоболието имат значение различните видове рецептори в сензорните пътища – рецептори за опиати, $\alpha 2$ -рецептори,

5-hydroxytryptamine-рецептори, γ -aminobutyric-рецептори. Tizanidine ($\alpha 2$ -адренергичен агонист) се прилага за лечение на различни видове болкови синдроми, като главоболие, ставна, миофасциална или невропатна болка, болки в гърба [3]. Tizanidine има антиноцицептивен ефект, който е независим от ендогенната опиоидна система. Ефективността му върху главоболието е проследена в различни клинични проучвания. Приложен в доза 14 mg дневно, tizanidine редуцира честотата, продължителността и интензитета на главоболието [3]. Нашите резултати от ефекта на tizanidine върху тензионния тип главоболие при болните с ФМ са сходни, като е приложен в доза 12 mg дневно. От всички групи медикаменти tizanidine е с най-отчетлив ефект върху главоболието.

Krusz, J. K. обобщава положителния ефект на pregabalin и gabapentin при болните с ФМ и главоболие, а също и на друг антиепилептичен медикамент topiramate [3]. Според нашите резултати pregabalin е на второ място от медикаментите по ефект спрямо интензивността на главоболие, дифузните болки и прага на болка.

Счита се, че болката при ФМ е невропатна (централна или „централизирана“ невропатна). Съществуват клинични проучвания с видовете медикаменти, които въздействат на болката на всички патофизиологични нива. Антидепресантите и $\alpha 2$ -адренергичните агонисти действат на мозъчната кора. Антиепилептиците и $\alpha 2$ -адренергичните агонисти въздействат на десцендентната модулация на дорзалния път в гръбначния мозък и периферните нерви [6]. Според ретроспективно проучване, направено с tizanidine при 430 (7% с ФМ) болни за 3 години на Russel и сътрудници, tizanidine подобрява с 50% качеството на съня, хроничната болка и мускулните спазми при дискогенна болест, остеоартроза, с добър ефект върху хроничната болка и съня при ФМ, миофасциални болки, мигрена и гръбначна хирургия [5]. Според нашите резултати ефектът на tizanidine е по-слаб – с 16% се подобрява качеството на съня и с 23,4% се редуцира хроничната болка. Вероятно разликата в ефекта се дължи на различната патогенеза при ФМ в сравнение с хроничната болка от смесен тип – невропатна и ноцицептивна. Нашите резултати от лечението на ФМ с tizanidine показват намаляване на интензивността на главоболието с 36%. За приложението на tizanidine при ФМ е намерено, че повлиява концентрацията на субстанция Р в ликвора и намалява интензивността на болката

при ФМ [2]. Критериите на ACR 1990 са залегнали в препоръките за диагностика и лечение на Европейската лига за борба с ревматизма (EULAR), създадени през 2008 г. от ревматолози от 11 европейски страни [2]. Целта им е да насочат лекарите към правилен подход при наблюдението и лечението на пациентите с ФМ. В представеното наблюдение са използвани пълноценно тези насоки. В препоръките на EULAR е посочено лечението с антидепресанти и pregabalin с добър ефект върху болковия синдром. В нашето проучване е проследен

ефектът на SSRI със специфичен механизъм на действие и pregabalin върху болката и тензионния тип главоболие при болните с ФМ [1]. Медикаментите повлияват в различна степен оплакванията, като намаляващи болката са mydocalm, trazodone и pregabalin, миорелаксантите подобряват главоболието и дифузните болки, за автономните нарушения – слабо ефективни. Следователно е необходима индивидуална оценка на водещите клинични оплаквания на всеки болен, след което да се приложи лечение според интензивността на клиничните оплаквания [1].