

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

ОЦЕНКА НА ХРОНИЧНАТА УМОРА 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. Оценката на умората при ФМ се извърши чрез скала за хронична умора (FSS) и модифицирана скала за умора (MFIS). 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, умора, клинични прояви

Увод

Още Хипократ описва дифузни мускулно-скелетни болки. От средата на 20-и век учените търсят връзка между дифузните мускулни болки, умората, невъзстановителния сън и психическото натоварване [8]. През 1990 г. 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 [10]. Клиничната картина на ФМ е много разнообразна. Един от най-честите симптоми е хроничната умора. Тя е налице още сутрин при събуждане, понякога присъства до следобяд, придружена е с усещане за сутрешна скованост. Когато умората се придружава с уморяемост при физическо усилие, то е минимално и влошава общото състояние на болния [2].

КЛИНИЧЕН КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИ

Настоящото проучване е проспективно и е извършено в Клиника по ревматология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и МЦ „Фокус 5“, София. Изследваните болни са разделени в 4 терапев-

тични 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]. На табл. 1 са представени демографските характеристики на лекуваните болни, на табл. 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	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 обръща специално внимание на давността на ФМ, на етиологичните фактори за възникване на ФМ, социалната заетост и образованието на болния, наличие на умора, главоболие, нарушения в съня и автономни нарушения.

2. Измерване на прага на болката 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/cm^2 с долориметър на Fisher.

3. Оценка на умората. Умората се оцени по скала за умора (FSS – Fatigue Severity Scale) и модифицирана скала за умора (MFIS – Modified Fatigue Impact Scale). Модифицираната скала за умора се състои от физикална, когнитивна и психосоциална подскала. Зададени са 21 въпроса, оценявани с точки от болните. Тези въпроси служат за оценка на промяната във физическата активност, когнитивните функции и социалните контакти.

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

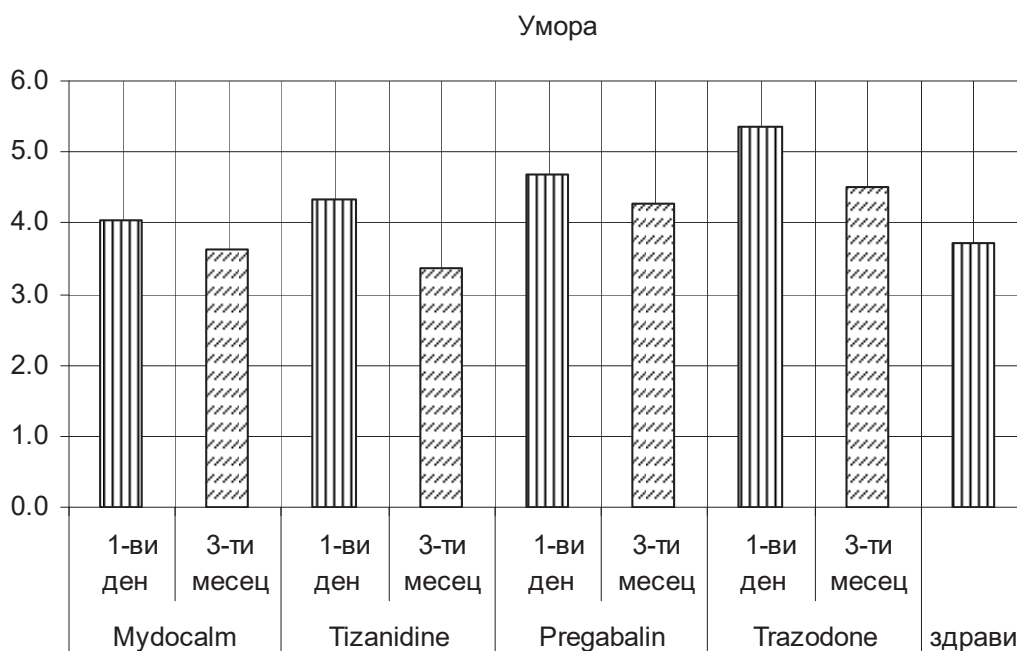
5. Статистически методи – ANOVA, факторен анализ, корелационен анализ, Paired Samples Test. Статистическата обработка на данните се извърши чрез софтуерната статистическа програма SPSS-13.0 [1].

РЕЗУЛТАТИ

1. Резултати от динамиката на умората

На фиг. 1 се проследява динамиката на умората – намаляване на интензитета преди и след 3-месечен период на лечение в 4 терапевтични групи, сравнена с контролна група здрави. Повлияването на показателя умора при болните, лекувани с tizanidine, е с 0,73, 16%, $p = 0,19$ (преди лечение – средна аритметична стойност $\pm$ стандартно отклонение $4,57 \pm 1,65$, мин. 1, макс. 7, след лечение $3,84 \pm 1,78$, мин. 1, макс. 6); trazodone е с 0,85, 15,7%, $p = 0,047$ (преди лечение $5,4 \pm 1,33$, мин. 2, макс. 7,5, след лечение $4,55 \pm 1,32$, мин. 1,8, макс. 6,3); с pregabalin – 0,47; 10 %, $p = 0,34$ (преди лечение $4,63 \pm 1,82$, мин. 1, макс. 7, след лечение $4,16 \pm 1,71$, мин. 1, макс. 7); с mydocalm – 0,37, 9%, $p = 0,52$ (преди лечение $4,21 \pm 1,87$, мин. 1, макс. 7, след лечение $3,87 \pm 2,14$, мин. 1, макс. 6). Средната стойност на умората при здрави е 3,726. По показателя умора няма статистически достоверна разлика в средните величини.

Приложени за намаляване на умората, медикаментите се подреждат в следния ред: tizanidine, trazodone, pregabalin и mydocalm. Със своя анксиолитичен ефект върху ЦНС, tizanidine и trazodone имат близък и по-добър от останалите лекарства ефект. Те са средство на избор при пациентите с ФМ с придружаваща умора в практическата работа [1].



Фиг. 1. Динамиката на умората при болни с фибромиалгия и контролна група здрави

2. Резултати от динамиката на хроничната умора по MFIS

Динамиката на хроничната умора е изследвана чрез модифицирана скала за умора. Няма статистически достоверна разлика в ефекта на медикаментите върху хроничната умора. MFIS има три подскала. Първата подскала е физикалната, оценката варира от 0 до 36 точки (MFIS – физикална подскала). Тя показва резултатите от физическата активност и работоспособността на болния в ежедневието. При болните, лекувани с *mydocalm*, намаляването на умората е с 3,45; 16,7%; $p > 0,05$; с *tizanidine* е с 4,067; 16,2%, $p > 0,05$; с *trazodone* е с 1,96, 9 %, $p > 0,05$, в групата с *pregabalin* – с 2,52; 9 %; $p > 0,05$. Средната стойност на умората при здрави е 10,5. По показателя умора статистически достоверна разлика в средните величини се наблюдава между здравите и всички групи болни, няма статистически достоверна разлика преди и след лечението в отделните групи по MFIS – физикална подскала.

Втората подскала е психосоциалната, оценката варира от 0 до 8 точки. Тази скала представя резултатите от възможностите за контакти и социална дейност на болния в обществото. Намаляването на умората по психосоциалната подскала при болните, лекувани с *mydocalm*, е с 0,54; 11%; $p > 0,05$, в групата с *pregabalin* – с 0,43, 10%, $p > 0,05$; с *tizanidine* – 0,32; 7,5%; $p > 0,05$, с *trazodone* – 0,09, 2%, $p > 0,05$. Средната стойност на умората при здрави е 2,74. По показателя умора по психосоциална подскала статистически достоверна разлика в средните величини се наблюдава между здравите и всички групи болни.

Третата подскала е когнитивната (от 0 до 40 точки). Тя представя резултатите от възможностите за когнитивни функции на болния. Повлияването на умората по когнитивната подскала при болните, лекувани с *tizanidine*, е с 2,23; 13,7%, $p > 0,05$, с *trazodone* – 1,52; 9,5%, $p > 0,05$, с *mydocalm* – намаляването на умората е с 0,49; 3,5%, $p > 0,05$, в групата с *pregabalin* – с 0,18, 1%, $p > 0,05$. Средната стойност на умората при здрави е 10,63. По показателя умора по когнитивна подскала статистически достоверна разлика в средните величини се наблюдава между здравите и всички групи болни.

3. Процентно разпределение на болните с умора

Умората се повлиява най-трудно при болните с ФМ. Преди лечението 97,5% от всички болни (лекувани и нелекувани) са с умора. Прави впечатление,

че само 3% от здравите нямат умора, останалите 97% се оплакват от хронична умора.

В групата на болните, лекувани с *tizanidine* и *pregabalin*, всички болни в началото на лечението имат умора. След 3 месеца умората не се повлиява напълно в групата болни, лекувани с *pregabalin*. В групата, лекувани с *tizanidine*, 9% от болните са без умора след лечението. В групата на болните, лекувани с *mydocalm*, преди лечението 82% са с умора, като тя намалява и след лечението още 13% от болните нямат умора. В групата на болните, лекувани с *trazodone*, се увеличава броят им след лечението, въпреки че средната интензивност на умората намалява (представено е на фиг. 1).

Всички нелекувани болни съобщават за умора, но тя не е проследена във времето.

Направеният анализ показва, че българската популация – болни от ФМ и здрави, страдат от хронична умора. Повишаващият се стрес и натовареност сред населението и всички фактори за развитие на ФМ са причини, водещи до придружаваща умора. От получените резултати следва, че *mydocalm* е с най-добър ефект върху пълното отстраняване на умората, но само при определен процент от пациентите, следван от *tizanidine*. Мускулните релаксанти чрез въздействие върху спастичността на мускулите оказват положително влияние върху умората [1].

ОБСЪЖДАНЕ

В нашата клинична разработка умората се повлиява от всички медикаменти, но в различна степен. В клиничните проучвания обикновено се използва FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), 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 даде подробна информация за всеки симптом. Затова в нашата разработка са залегнали 2 въпросника за умора (FSS и MFIS) и един въпросник за останалите симптоми със степени. Въпросниците за умора са прилагани при системен лупус еритематозес и се оказват с висока информативна стойност при тази болест [6]. Тези факти са довели до избора на посочените въпросници при ФМ за нашата популация.

В статия на Chardran A. от хронична умора се оплакват 9,5% в групата с лека ФМ, 53,1% от групата със средно тежка ФМ и 43,6% от пациенти-

те с тежка ФМ [3]. Според резултатите от нашето наблюдение в групата на лекуваните с tizanidine и pregabalin всички болни имат умора. След 3 месеца тя не се повлиява при болните, лекувани с pregabalin. След лечение с mydocalm 13% от болните са без умора, 9% – след приложение на tizanidine. Съществено е да се отбележи, че 97% от здравите имат умора. Направеният анализ показва, че българската популация страда от хронична умора. От получените резултати следва, че mydocalm е с най-добър ефект върху умората при част от болните, но не и върху средната степен на умора, следван от tizanidine. В практическата работа е необходимо да се вземат под внимание миорелаксантите и по-точно tizanidine, когато болните съобщят за хронична умора. Като средно-степенно повлияване на умората mydocalm има по-слаб ефект. За приложението на tizanidine при ФМ е намерено, че повлиява концентрацията на субстанция Р в ликвора и намалява интензивността на болката при ФМ [3, 4, 7]. Както в цитираните статии [3, 4], нашите болни с ФМ имат всички придружаващи прояви на ФМ – промени в съня и непълноценен сън, главоболие, сърдечни палпитации, синдром на Raynaud и синдром на раздразненото черво. Всички болни след лече-

нието имат положително повлияване на клиничните симптоми в сравнение с началото [1].

Според Yacizi K. и сътр. след болката, умората е следващият инвалидизиращ симптом и влошава качеството на живот на болните с ФМ [9]. В други студии се отбелязва значително повлияване на степента на умората след физически упражнения и гимнастика [5]. В някои разработки се отбелязва, че качеството на живот на болните с ФМ, свързано с болката и придружаващите клинични оплаквания е изключително ниско. Затова е необходимо пациентите да бъдат информирани за тяхната болест и да се провежда обучение за общуване и поддържане на добро качество на живот. То е свързано с повишаване прага на болка в резултат на проведено лечение с медикаменти или немедикаментозно. Необходимо е изработването на индивидуална програма за лечение и обучение на болните за повлияване на всички останали оплаквания при ФМ. Затова първичните грижи в семейството са важни за успеха от лечението. Полагането на грижи от страна на работодателя и първичните медицински центрове, повишаването на заплащането, социализирането на тези болни, е от съществено значение за успеха от лечението [5, 9].