

Fibromyalgia

MUDr. Martin Šimo, MUDr. Miloslav Dvorák, PhD.

Neurologické oddelenie NsP Spišská Nová Ves

Fibromyalgia je bolestivým, často chronickým a invalidizujúcim ochorením s nepriaznivou prognózou pre pacienta, ktorý je liečený u lekárov rôznych špecializácií, pričom absolvuje aj zbytočné diagnostické procedúry. Pritom poznaním typických symptómov a aplikáciou diagnostických kritérií možno ochorenie včas a pomerne ľahko rozpoznať. Následkom týchto skutočností pacienti nemajú prístup k primeranej liečbe a podpore, a je pre nich ťažké viesť plnohodnotný a nezávislý život.

Kľúčové slová: fibromyalgia, rozsiahla bolesť, tender point, klasifikácia, liečba.

Fibromyalgia

Fibromyalgia is a painful, often chronic and disabling condition with a poor prognosis for patients treated by physicians of various specializations, which may even cause them to undergo unnecessary diagnostic procedures. In fact, the disease can be identified early and relatively easily by detecting the typical symptoms and applying the diagnostic criteria. As a result of the above, patients lack access to adequate treatment and support and it is difficult for them to live a full and independent life.

Key words: fibromyalgia, extensive pain, tender point, classification, treatment.

Neurol. praxi 2011; 12(2): 120–124

Zoznam skratiek

COX2 inhibítory – cyklooxygenáza 2 inhibítory
FM – fibromyalgia

NSAID – nesteroidové protizápalové lieky

SS scale – symptom severity scale

SNRI – Inhibítory spätného vychytávania serotonínu a norepinefrínu

SSRI – Inhibítory spätného vychytávania serotonínu

WPI – widespread pain index

Úvod

Fibromyalgia (FM) je definovaná ako chronické bolestivé ochorenie, ktoré je charakterizované rozsiahlou bolesťou, únavou a poruchami spánku. Pôvodne bola považovaná za poruchu muskuloskeletálneho systému, pretože prevažná väčšina ťažkostí mala pôvod v svaloch a iných mäkkých tkanivách. Avšak novšie poznatky a prínos pokroku v oblasti zobrazovacích metód odhalili prítomnosť porúch v centrálnom nervovom systéme, ktoré sú zrejme príčinou amplifikácie odpovede na bolestivý stimul a generalizovaného abnormálneho spracovania bolestivého podnetu (Gracely et al., 2002). Okrem spomínaných 3 základných symptómov sú prítomné početné sprievodné symptómy. Rôznorodosť, odlišný počet symptómov, chýbanie laboratórneho, rádiologického korelátu, absencia diagnostických testov, zložitost' kritérií pre diagnostiku FM, nízke povedomie u odborníkov spôsobujú, že ochorenie zostáva často nerozpoznané, ale aj nepochopené. V rámci populácie je tak mnoho nediagnostikovaných, chybné diagnostikovaných alebo falošne pozitívne diagnostikovaných pacientov, ktorí sú navyše často neadekvátne medi-

kovaní, čo prináša v prvom rade neúspech liečby bez úľavy od ťažkostí, ale aj nemalé ekonomické náklady pre spoločnosť.

FM postihuje 2–4 % populácie, prevažne ženy (75–90 %), najmä vo veku 20–50 rokov, vyskytuje sa však aj u detí. Nižší výskyt u mužov je čiastočne podmienený aj inkompletným klinickým obrazom a neúplným plnením v súčasnosti platných diagnostických kritérií. Môže sa vyskytovať za absencie iného ochorenia (primárna FM), ale aj v prítomnosti komorbidít ako napríklad reumatoidná artritída a lupus erythematosus (konkomitantná FM). Zriedkavo možno hovoriť aj o sekundárnej FM, a to v tom zmysle, ak zmiernenie symptómov asociovanej choroby pomôže zmierniť aj príznaky FM.

História

Za prvú zmienku o FM možno považovať prácu o fibrozitíde publikovanú v roku 1904 Sirom Williamom Gowersom, v tom istom roku publikoval prácu o nodulárnej fibrozitíde aj Dr. Ralph Stockman. Prvá kniha venovaná fibrozitíde bola vydaná v roku 1915 Richardom Llewellynom. V roku 1975 Dr. Harvey Moldofsky popísal výskyt „tender points“ v symetrických lokalizáciách v rovnakých častiach tela u pacientov s poruchou spánku, o dva roky neskôr definoval a klasifikoval 18 tender points lokalizovaných v špecifických oblastiach u väčšiny pacientov s fibromyozitídou (Smythe a Moldofsky, 1977). Za pokrokovú možno označiť klinickú štúdiu realizovanú u 50 pacientov v porovnaní s kontrolou prezentovanú Dr. Muhammadom Yunusom v roku 1981 s prvými kritériami pre FM založenými na dôkazoch a bola používaná v praxi až do roku 1990, kedy boli vy-

dané kritériá American College of Rheumatology. Následne publikované práce sa väčšinou zaoberajú sledovaním možných príčin a definovaním nájdených porúch u pacientov s FM. Prvým registrovaným liekom pre liečbu FM v USA sa stal pregabalín, a to až v roku 2007, následne po roku duloxetín a v roku 2009 milnacipran.

Patomechanizmus vzniku FM

Napriek pokroku v oblasti objasnenia príčin vzniku FM je stále prítomných pomerne veľa nejasností, ako napríklad miera účasti jednotlivých predpokladaných mechanizmov na vzniku ťažkostí, miera ich významu a ich súvis s jednotlivými prejavmi ochorenia. V minulosti bol za predpokladaný spúšťač ochorenia považovaný určitý druh traumy v zmysle fyzickej (zranenie alebo choroba) alebo emocionálnej traumy, ktorá vyvolala prolongovaný a závažný stres. V súčasnosti sa predpokladá určitá genetická predispozícia FM, pričom prejavy ochorenia sú spustené spomínanou traumou. Práve dĺžkou trvania a závažnosťou traumy sa organizmus stáva viac vnímavým a reagujúcim na podnety, čo vedie k amplifikácii ťažkostí a vzniku jednotlivých symptómov.

V súčasnosti sa uvažuje o nasledovných možných patomechanizmoch vzniku ťažkostí:

1. Genetická predispozícia: pravdepodobne polygénový typ dedičnosti s prítomnosťou polymorfizmu génov v serotonínernom, dopamínernom a katecholamínernom systéme (Arnold et al., 2004; Stormorken a Brosstad, 1992). Tieto polymorfizmy sú však asociované s množstvom iných porúch spojených s poruchami nálady a únavovým syndrómom.

2. Nízke hladiny niekoľkých neurosubstancií, ako napríklad serotonínu, norepinefrínu, dopamínu, katecholamínov a kortizolu. Ich účasť v procesoch percepcie bolesti, analgézie, vzorcoch spánku, nálad a koncentrácie môžu vysvetľovať symptómy asociované s FM.
3. Zníženie prietoku krvi v špecifických oblastiach mozgu, najmä v oblasti thalamu, poukazujú na senzitivitu na bolesť a výskyt kognitívnych porúch (Cook et al., 2004).
4. Vyššie hladiny substancie P, ktorá je zahrnutá v procese spracovania bolestivého podnetu (Russel et al., 1994).
5. Nízke hladiny rastového hormónu s priamym alebo nepriamym dopadom na hladiny viacerých mediátorov, ako napríklad leptín, neuropeptid Y a IGF-1 (Anderberg et al., 1999; Jones et al., 2007).
6. Nízke hladiny somatomedínu C s účasťou na raste svalov a vývine kostí.
7. Nízke hladiny fosfokreatínu, adenosínu a substrátov svalovej bunky.
8. Alterácia funkcie hypothalamicko-pituitárno-adrenálnej osi s poruchou regulácie hladiny kortizolu (MeBeth et al., 2005).
9. Hyperaktivita sympatikového autonómneho systému s nepretržitou zvýšenou bazálnou aktivitou a redukovanou sympatoadrenálnou reaktivitou na stresové podnety (Martinez-Lavin, 2007).
10. Alternatívne hypotézy uvažujú o FM ako o podjednotke jedného konceptu ochorenia s depresívnou poruchou, a to vzhľadom na podobnosti v neuroendokrinných abnormalitách, psychologických charakteristikách, fyzických symptómoch a napokon aj v liečbe (Pae et al., 2008).

Symptómy

Za základné symptómy, ktoré sú spoločné pre takmer každého pacienta s FM, možno považovať bolesť, únavu a poruchy spánku.

Primárnym symptómom FM je prehĺbená chronická „rozsiahla“ bolesť tela. Môže byť migrujúca, rozšírená vo viacerých oblastiach tela, varíujúca v intenzite. Je opisovaná ako bodavá a pichavá, ako bolesť hlbokého svalstva, pulzujúca a šklbavá. Svaly ako také, napríklad lýtka alebo stehná, nie sú takmer vôbec citlivé na tlak. Často je sprevádzaná neurologickými príznakmi ako necitlivosť, mravenčenie, pálenie, čo ešte viac zvyšuje diskomfort u pacienta. Závažnosť bolesti a pocitu stuhnutosť je zvyčajne vyššia v ranných hodinách. Provokujúcimi faktormi ovplyvňujúcimi bolesť sú zvyčajne chladné a vlhké počasie, nedostatok spánku, fyzická alebo mentálna

únava, nadmerná fyzická záťaž ale aj fyzická inaktivita, anxieta a stres. Pacienti majú pocit „napuchnutých“ mäkkých tkanív, malé hrčky podkožného tukového tkaniva sú pocitované ako bolestivé uzlíky (Wolfe et al., 2008).

V dnešnej dobe sa množstvo ľudí sťažuje na únavu, avšak v rámci FM je to únava s pocitom vyčerpania zahrňujúca všetko to, čo interferuje s pracovnými, sociálnymi, vzdelávacími a osobnými aktivitami, a nielen pocit únavy po ťažkom dni alebo prebdení noci. Symptómy sú popisované ako prehĺbené vyčerpanie a nedostatok energie.

Množstvo pacientov s FM má poruchy asociované so spánkom, ktoré im znemožňujú hlboký, uspokojivý, posilňujúci spánok. Spánok pacientov s FM je prerušovaný opakovanými nábormi aktivity „bdelého mozgu“, ktorá prerušuje a limituje čas strávený hlbokým spánkom.

Tieto hlavné symptómy sú spojené s množstvom sprievodných symptómov, ktoré sprevádzajú FM a sú spomínané aj v rámci diagnostických kritérií alebo súvisiacich a sprievodných ochorení. FM nie je možné diagnostikovať žiadnymi špecifickými laboratornými testami, ani rádiologickými vyšetreniami.

Diagnostické kritériá

Kritériá klasifikácie fibromyalgie podľa American College of Rheumatology z roku 1990 (Wolfe et al., 1990) – pacient s fibromyalgiou musí naplniť obe z nasledovných kritérií:

1. Anamnéza „rozsiahlej“ bolesti po dobu aspoň 3 mesiacov.

Definícia: Bolesť je považovaná za rozsiahlu, ak je splnené nasledovné: je prítomná bolesť na ľavej polovici tela, bolesť na pravej polovici tela, bolesť nad drikom a pod drikom. Navyše, musí byť prítomná bolesť axiálneho skeletu (krčná chrbtica, predná hrudná stena, torakálna chrbtica, bolesť drieku – low back pain). V tejto definícii je bolesť ramena a gluteálneho svalstva považovaná za bolesť na príslušnej strane tela. Za bolesť v drieku je považovaná bolesť dolných segmentov.

2. Prítomnosť bolesti v 11 z 18 „tender points“ pri digitálnej palpácii silou približne 4 kg pomocou palca alebo prvých 2 alebo 3 prstov (sila 4 kg je približne dosiahnutá zbelením lôžka nechty pri tlaku na dlaň druhej ruky), pričom za pozitívny nález sa považuje prehlásenie pacienta o bolestivosti, nie o citlivosti daného bodu: 1. bilaterálne okcipitálne v mieste úponov suboccipitálnych svalov, 2. bilaterálne v spodnej časti krčnej chrbtice v prednej rovine intertransver-

zálnych priestorov C5–7, 3. v strede hornej hranice trapézov bilaterálne, 4. bilaterálne na začiatku musculus supraspinatus nad spina scapulae v mediálnej čiare, 5. bilaterálne na druhej kostochondrálnej junkcii, hneď vedľa junkcie na hornej ploche, 6. bilaterálne na laterálnom epikondyle 2 cm distálne od epikondylov, 7. bilaterálne gluteálne v horných vonkajších kvadrantoch, 8. bilaterálne na veľkých trochanteroch, posteriorne od prominencia trochanterica, 9. bilaterálne na kolene, na mediálnom tukovom vankúšiku proximálne od línie kĺbu. Prítomnosť inej klinickej jednotky nevylučuje diagnózu fibromyalgie.

Kritériá z roku 1990 boli upravené rovnakým kolégiom v roku 2010 publikovaním predbežných diagnostických kritérií (Wolfe et al., 2010), ktoré sú síce presnejšie, ale aj pomerne zložitejšie. Pre priblíženie zložitosti diagnostiky, ale aj jej časovej náročnosti uvádzame aj tieto predbežné kritériá. Pacient musí spĺňať nasledovné 3 kritériá:

1. pacient netrpí ochorením alebo poruchou, ktorá objasňuje pôvod bolesti.
2. symptómy musia byť prítomné v podobnej intenzite po dobu minimálne 3 mesiacov.
3. index „rozsiahlej“ bolesti (WPI – widespread pain index) musí byť ≥ 7 a škála závažnosti symptómov (SS scale – symptom severity scale) musí byť ≥ 5 , alebo musí byť WPI 3–6 a SS scale skóre ≥ 9 .

WPI je skóre medzi 0–19 prisúdené podľa počtu oblastí, v ktorých pacient pociťoval bolesť za posledný týždeň. Zaznamenávajú sa nasledovné oblasti: na pravej aj ľavej strane sánky, pletenca ramena, ramena, predlaktia, bokov (gluteálna oblasť, trochanter), v oblasti stehna a predkolenia a bez stanovenej diferenciácie v oblasti hrude, brušnej steny, hornej a dolnej časti chrbta a v krčnej oblasti.

Skóre SS škály, ktoré môže dosiahnuť hodnotu 0–12, je súčtom závažnosti 3 hlavných symptómov (únava, zbudenie sa s únavou, kognitívne symptómy) v hodnote 0–3 bodov podľa závažnosti, so skóre v hodnote 0–3 podľa počtu sprievodných somatických symptómov. V kritériách sú uvedené nasledovné možné symptómy: bolesť svalov, syndróm dráždivého čreva, únava a unaviteľnosť, ťažkosti s pamäťou a pri premýšľaní, svalová slabosť, bolesti hlavy, bolesti a kŕče v bruchu, pocit necitlivosti alebo mravenčenia, závrat, nespavosť, depresia, obštipácia, bolesť v epigastriu, nauzea, vracanie, nervozita, bolesť na hrudi,

nejasné videnie, teploty, návaly tepla, hnačky, suchosť v ústach, svrbenie, žihľavka, výsev, stridor, skrátenie dychu, Raynaudov fenomén, tinitus, hypacusis, orálne ulcerácie, strata alebo zmena chuti, strata apetítu, suchosť v ústach, precitlivosť na slnečné žiarenie, náchylnosť k vytváraniu podliatin, vypadávanie vlasov, časté močenie, bolestivé močenie a spazmy močového mechúra.

Pri juvenilnej forme fibromyalgie sú diagnostické kritériá pozmenené. Pre diagnózu je potrebné splniť nasledovné kritériá: 1. prítomnosť difúznej muskuloskeletálnej bolesti v 3 a viacerých oblastiach po dobu viac ako 3 mesiace, 2. bolestivosť v 5 z 18 definovaných citlivých bodoch, 3. prítomnosť 3 z nasledujúcich desiatich doplňujúcich klinických príznakov: chronická úzkosť alebo napätie, únava, slabý spánok, chronická bolesť hlavy, dráždivé črevo, subjektívny pocit opuchu mäkkých tkanív, apatia, závislosť bolesti od fyzickej aktivity, od zmeny počasia, od strachu a stresu (Vargová a Veselý, 2002).

Súvisiace ochorenia

FM je iba zriedka solitárnym ochorením. Väčšina pacientov má jednu alebo viac komorbidít súvisiacich s FM. Ktoré ochorenie je v tomto prípade prvým, a ktoré nasadajúcim ochorením je nejasné. Možným dôvodom, prečo je to pomerne veľké množstvo ochorení, je ich spoločná charakteristika spojená s centrálnou senzitivitou. Centrálny nervový systém sa stáva hypersenzitívnym a stres znásobuje, čo vedie k množstvu rôznych porúch (Yunus, 2007). K takýmto poruchám patria alergie, migréna, syndróm nepokojných nôh, chronický únavový syndróm, syndróm dráždivého čreva, lupus, hypotyreóza, poruchy temporomandibulárneho skĺbenia, Chiariho malforácia, prechodné koreňové syndrómy, cervikálna stenóza, polymyalgia rheumatica, spánkové apnoe, Raynaudov syndróm, Sjögrenov syndróm, myofasciálny syndróm, depresia, osteoporóza, osteoartrída, reumatoidná artrída, intersticiálna cystitída, syndróm vojny v zálive a iné.

Liečba

Pri liečbe FM je potrebné si uvedomiť, že sa jedná o komplexné ochorenie. V minulosti bolo považované za muskuloskeletálne ochorenie, v súčasnosti je však známa účasť zmien v centrálnom nervovom systéme, preto väčšina liekov používaných na liečbu FM ovplyvňuje práve centrálny nervový systém. Vzhľadom na to, že špecifická príčina ochorenia nie je známa, je úspech liečby často dosiahnutý iba metódami

pokus-omyl. Žiaden z používaných liekov nie je schopný ovplyvniť všetky spomínané symptómy ochorenia, preto je bežné použitie kombinácie liečiv s ohľadom na komplex symptómov vyskytujúcich sa u konkrétneho pacienta a mieru ich vyjadrenia. Je dôležité začínať s nízkou dávkou a dávku upravovať pomaly vzhľadom na vysokú senzitivitu pacientov s FM na vedľajšie účinky liečiv, taktiež dostatočne informovať pacienta o potrebe dodržania dávkovacej schémy a nástupe očakávaného účinku lieku.

Antiepileptiká

V USA schválenou liečbou pre liečbu FM je pregabalín (až do dávky 450 mg/deň). Približne tretina pacientov udáva 50% redukciu bolesti. Väčšia časť dávky by mala byť podávaná na noc. Možno použiť aj gabapentin (do dávky 2 400 mg/deň) a valproát v dávke do 1 000 mg/deň).

Antidepresíva

Najvhodnejšími sú tricyklické antidepresíva (najmä amitriptylín v dávke 10–100 mg večer), avšak ich použitie je limitované možnými anticholinergnými nežiaducimi účinkami a potenciou kardiotoxicitou. SSRI profitujú s menšou mierou nežiaducich účinkov, ale poskytujú miernejšiu úľavu od bolesti a môžu zhoršiť niektoré komorbidity ako syndróm nepokojných nôh a bruxizmus. Je možné použiť aj niektoré novšie SNRI, schválenou liečbou v USA je duloxetín v dávke 40–60 mg v rannej dávke a milnacipran v dávke 100–200 mg na deň. S ohľadom na prítomnosť únavového syndrómu a porúch spánku možno použiť aj iné antidepresíva, prípadne použiť kombináciu tricyklických antidepresív so SSRI alebo SNRI.

Agonisty dopamínu

Ich použitie predpokladá účasť porúch metabolizmu dopamínu na patomechanizme ťažkostí, potrebné je zvážiť použitie lieku v prípade výskytu syndrómu nepokojných nôh, a to pramipexol v dávke do 3–4,5 mg na večer alebo ropinirol v dávke až do 10–15 mg na večer.

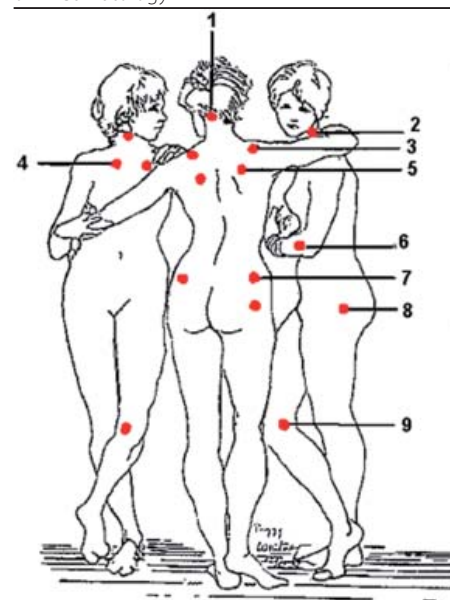
Benzodiazepíny

Sú vhodné v prípade nespavosti, vzhľadom na účinok lieku je vhodné užívanie vo večerných hodinách, potrebné je myslieť na zvýšené riziko nadmerného užívania a adície u pacientov s FM.

Centrálna myorelaxancia

Sú používané pri výskyte nespavosti, používajú sa takmer výhradne na noc, baklofén

Obrázek 1. Copyright © 1990 American College of Rheumatology



v dávke do 20 mg, cyclobenzaprin do 10 mg (chemicky príbuzná molekula s tricyklickými antidepresívami s lepším profilom nežiaducich účinkov).

Agonisty opioidov

Ich použitie je limitované zvýšenou náchylnosťou pacientov s FM k závislosti od užívania a zlou toleranciou tejto skupiny liekov. Vhodný je najmä tramadol a hydrokodón.

NSAID/COX2 inhibítory

Nebol preukázaný efekt užívania tejto skupiny liekov v liečbe bolesti FM, v prípade výskytu zápalových komorbidít, ako napríklad artritída, môže užívanie zmierniť príznaky.

Non-benzodiazepínové hypnotiká

Môžu ovplyvniť najmä prechodné stavy nespavosti, bez efektu na bolesť.

Lieky ovplyvňujúce autonómny nervový systém

Potláčajú symptómy dysautómie pri predpokladaných abnormalitách autonómneho systému so zvýšenou aktivitou sympatiky a zníženou aktivitou parasympatiky.

Botulotoxín

Aplikácia botulotoxínu do citlivých bodov u pacientov s FM môže priniesť úľavu od bolesti, avšak v súčasnosti neexistuje dostatočný dôkaz efektivity aplikácie.

Z iných zriedkavo používaných liekov sú to gama-hydroxybutyrát, prekursor syntézy serotonínu, melatonín a omega3 mastné kyseliny.

Neoddeliteľnou súčasťou liečby je vo veľkej miere aj pacientmi vyhľadávaná doplnková liečba a alternatívna liečba, a to aj vzhľadom na nedostatočný efekt medikamentózneho terapie. Vhodná je akupunktúra, biofeedback, hypnóza, rehabilitačné procedúry, výživové doplnky s obsahom magnézia.

Ako príklad manažmentu liečby pacienta s FM uvádzame odporúčanie American Pain Society z roku 2005 (Buckhardt et al., 2005):

Farmakologická liečba:

- iníciaľná liečba tricyklickými antidepresívami pred spánkom (A)
- použitie SSRI samostatne alebo v kombinácii s TCA za účelom liečby bolesti (B), dávka antidepresív by mala byť upravená podľa miery výskytu poruchy nálady (panelový konsenzus)
- nie je vhodné použitie NSAID ako primárnej medikácie pre liečbu bolesti (A), v kombinácii s inými liekmi môžu mať NSAID, COX2 inhibítory a acetaminophen čiastočný analgetický efekt (C)
- na liečbu bolesti je vhodná pomaly zvyšovaná dávka Tramadolu až do dávky 50–100 mg 2–3x denne, a to buď samostatne, alebo v kombinácii s acetaminophenom (B)
- použitie opioidov v manažmente pacientov s FM je vhodné iba v prípade vyčerpania všetkých dostupných farmakologických aj nefarmakologických postupov (panelový konsenzus)
- je vhodné použitie sedatív, anxiolytickej medikácie, L-dopy alebo carbidopy najmä v prípade výskytu porúch spánku a syndrómu nepokojných nôh (A)
- nie je vhodné užívanie kortikosteroidov, až na prípadný súčasný výskyt zápalu šliach, burzy alebo kĺbu (A).

Nefarmakologická liečba:

- vhodné je poskytnúť pacientovi informácie o možnostiach liečby, manažmente bolesti, možnostiach sebamanažmentu (A)
- potrebná je kognitívno-behaviorálna terapia, multimodálny prístup k liečbe bolesti, zlepšovanie miery vlastnej výkonnosti (A)
- vhodné sú aeróbne aktivity 2–3x týždenne (A)
- vylúčiť bolesť navodenú cvičením a nadmerným zaťažovaním, strečing do bodu mierneho odporu, nie do bodu bolesti (B)
- cvičenia s postupne a pomaly progredujúcou frekvenciou, trvaním a intenzitou bez vyvolania exacerbácie bolesti cvičením, čo by viedlo k nepokračovaniu v aktivitách (panelový konsenzus)

- poskytnúť možnosti iných procedúr: hypnóza a biofeedback (B), akupunktúra (C), chiropraktická manipulácia, terapeutická masáž (B), balneoterapia (A)

Úrovně dôkazu:

1. Úroveň dôkazu A: údaje odvodené z viacerých randomizovaných klinických štúdií alebo metaanalýz
2. Úroveň dôkazu B: údaje odvodené z jednej randomizovanej klinickej štúdie alebo veľkých nerandomizovaných štúdií
3. Úroveň dôkazu C: názorový konsenzus odborníkov alebo malých štúdií, retrospektívnych štúdií, registrov

Pacienti s FM sa stretávajú s perzistentnými alebo rekurentnými fyzickými symptómami bez nálezu objektívneho dôkazu ochorenia, často sú diagnostikovaní ako psychosomatické ochorenie alebo v horšom prípade ako „pacienti bez akéhokoľvek ochorenia.“ To vedie k zvýšenej miere vyhľadávania alternatívnych foriem liečby. Druhým, nie menej dôležitým dôvodom je nedostatočný efekt farmakologickej liečby. Tá osamote neposkytuje pacientovi úľavu aj vzhľadom na rozmanitosť symptómov FM. Preto je najvhodnejším spôsobom terapie kombinácia farmakologickej a nefarmakologickej liečby. Najpoužívanějšími formami nefarmakologickej terapie u pacientov s FM sú fyzikálna terapia, pohyb a tréning, kognitívno-behaviorálna terapia, doplnkové a alternatívne postupy liečby (biofeedback, relaxačné techniky, arómoterapia, homeopatia, akupresúra a podobne). Pri fyzikálnej terapii (chlad a teplo, elektrická stimulácia, laser, rôzne formy masáží, akupunktúra, balneoterapia a podobne) bol vo viacerých realizovaných štúdiách preukázaný iba dočasný a čiastočný efekt takejto formy liečby, navyše s veľmi individuálnym prístupom k jednotlivým pacientom, čo neumožňuje takúto formu liečby vo všeobecnosti označiť za prospešnú. Aktívne fyzické cvičenie je považované za jedno z najdôležitejších v rámci nefarmakologickej liečby FM, aj napriek skutočnosti, že väčšina pacientov má vzhľadom na charakter ťažkostí problém s takouto formou liečby začať, alebo v nej zotrvať potrebnú dobu. Vzhľadom na výskyt ťažkostí ako sú pocit stuhnutosti svalstva, únava, poruchy spánku, poruchy koncentrácie a pamäti u väčšiny pacientov s FM, má veľmi dôležité postavenie v rámci nefarmakologickej, ale i liečby FM ako celku, kognitívno-behaviorálna terapia. Možno ju odporučiť každému pacientovi aj vzhľadom na jej jednoznačný prínos pri liečbe niektorých sprievodných symptómov ochorenia, pričom

takáto forma liečby so sebou neprináša žiadne nežiaduce účinky.

Záver

Z dôvodu nedostatku informácií o FM aj medzi lekármi je časté zdĺhavé stanovovanie diagnózy, opakované návštevy pacientov u lekárov rôznych špecializácií, čiastočne zbytočné diagnostické procedúry. Pritom poznaním typických symptómov a aplikáciou diagnostických kritérií možno ochorenie včas a pomerne ľahko rozpoznať. Hoci FM nevedie k poškodeniu alebo obmedzeniu funkčnosti kĺbov alebo iných štruktúr pohybového systému tak ako iné reumatické ochorenia, nemá dobrú prognózu. V prípade chronickosti ochorenia má 2/3 pacientov aj po niekoľkých rokoch stále rovnaké ťažkosti. Z tohto dôvodu je potrebné ochorenie čo najskôr diagnostikovať a liečiť skôr, ako sa dostane do chronického štádia.

Dôkazom dôležitosti a potreby poznania diagnostiky a liečby FM je aj vyhlásenie Európskeho parlamentu o fibromyalgii z roku 2009, ktoré sa zaoberá týmto donedávna aj pre odbornú verejnosť neznámym ochorením. Vyhlásenie udáva, že takmer 14 miliónov ľudí v EÚ a 1 až 3% svetovej populácie trpí chorobou fibromyalgia – invalidizujúcim ochorením, ktoré má za následok rozsiahlu chronickú bolesť. Keďže v roku 1992 Svetová zdravotnícka organizácia uznala fibromyalgiu za chorobu, ale fibromyalgia stále nie je súčasťou oficiálneho registra chorôb Európskej únie, z tohto dôvodu nemôže byť oficiálne diagnostikovaná. Keďže pacienti trpiaci fibromyalgiou navštevujú častejšie všeobecného lekára, sú častejšie odporúčaní k špecializovaným lekárom a práceneschopní a sú aj častejšie hospitalizovaní, čo významne zaťažuje európske hospodárstvo, pre osoby trpiace fibromyalgiou, ktoré nemajú prístup k primeranej liečbe a podpore, je ťažké viesť plnohodnotný a nezávislý život. Európsky parlament vyzýva Komisiu a Radu, aby vyvinuli stratégiu na úrovni Spoločenstva s cieľom uznať fibromyalgiu ako chorobu, aby pomohli šíriť informácie o tejto chorobe a uľahčili odborníkom z oblasti zdravotníctva a pacientom prístup k informáciám prostredníctvom podporovania európskych a národných informačných kampaňí, aby podporovali členské štáty v uľahčovaní prístupu k diagnostikovaniu a liečbe fibromyalgie, napomáhali výskumu v oblasti fibromyalgie prostredníctvom pracovných programov 7. rámcového programu EÚ pre výskum a budúcich programov pre výskum a napomáhali vývoju programov na zhromažďovanie údajov o fibromyalgii. Európsky parlament zároveň poveru-

je svojho predsedu, aby toto vyhlásenie spolu s menami jeho signatárov postúpil Rade, Komisií a národným parlamentom členských štátov.

Literatura

1. Anderberg UM, Liu Z, Berglund L, Nyberg F. Elevated plasma levels of neuropeptide Y in female fibromyalgia patients. *Eur J Pain* 1999; 3(1): 19–30.
2. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004; 50(3): 944–952.
3. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K, Kugel P, McCarberg W, Rudin N, Schanberg L, Taylor AG, Taylor J, Turk D. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. Glenview (IL): American Pain Society (APS), 2005: 109p.
4. Cook DB, Lange G, Ciccone DS, Liu WC, Steffener J, Natelson BH. Functional imaging of pain in patients with primary fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004; 31(2): 364–378.
5. Gracely, Petzke F, Wolf JM, Clouw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism.* 2002.
6. Jones KD, Deodhar P, Lorentzen A, Bennett RM, Deodhar AA. Growth hormone perturbations in fibromyalgia: a review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2007; 36(6): 357–379.
7. Martinez-Lavin M. Biology and therapy of fibromyalgia. Stress, the stress response system, and fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 2007; 9(4): 216.
8. McBeth J, Chiu YH, Silman AJ, Ray D, Morriss R, Dickens C, Gupta A, Macfarlane GJ. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther.* 2005; 7(5): 992–1000.
9. Pae CU, Luyten P, Marks DM, Han C, Park SH, Patkar AA, Masand PS, Van Houdenhove B. The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: a comprehensive review. *Curr Med Res Opin.* 2008; 24(8): 2359–2371.
10. Russel IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Albroukrek D, Michalek JE, Lopez Y, Mackillip F. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1994; 37(11): 1593–1601.
11. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the „fibrositis“ syndrome. *Bull Rheum Dis* 1977; 28(1): 928–931.
12. Stormorken H, Brosstad F. Fibromyalgia: family clustering and sensory urgency with early onset indicate genetic predisposition and thus a true disease. *Scand J Rheumatol.* 1992; 21(4): 207.
13. Vargová V, Veselý R. Idiopatické muskuloskeletálne bolestivé syndrómy u detí. *Pediatr. pro praxi* 2, 2002: 67–70.
14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care and Research* 2010; 62(5): 600–610.
15. Wolfe F, Rasker JJ. Fibromyalgia. In: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, Jr, McInnes IB, Ruddy S, Sargent JS, editors. Kelley's textbook of rheumatology. 8th ed. Amsterdam: Elsevier, 2008.
16. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–172.
17. Yunus MB. Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21(3): 481–497.

Článek doručen redakci: 18. 10. 2010

Článek přijat k publikaci: 3. 1. 2011

MUDr. Martin Šimo

Neurologické oddelenie NsP Spišská
Nová Ves
Jánskeho 1, 052 01 Spišská Nová Ves
simo.martin@centrum.sk

