

# Postępowanie rehabilitacyjne w **fibromialgii**



## Spis treści

Charakterystyka fibromialgii i epidemiologia	5
Etiopatogeneza fibromialgii	6
Obraz kliniczny fibromialgii	8
Diagnostyka fibromialgii	10
Postępowanie lecznicze w fibromialgii	13
Leczenie farmakologiczne	14
Leczenie nefarmakologiczne	15
Postępowanie rehabilitacyjne w fibromialgii	16
1. Leczenie fizykalne	16
2. Kinezyterapia/terapia ruchowa	24
3. Masaż	26
4. Specjalne metody rehabilitacji	27
<i>Piśmiennictwo</i>	29

## Postępowanie rehabilitacyjne w fibromialgii

Aktualny stan wiedzy oraz ilość i jakość badań medycznych nie wyjaśnia wielu aspektów zespołu bólowego. Od czasu utworzenia pierwszych kryteriów diagnostycznych do dziś, upłynęło ok. 20 lat. Lekarze wciąż niewiele wiedzą na temat fibromialgii, część z nich nawet nie uznaje fibromialgii za chorobę. Stwarza to problemy natury technicznej, ekonomicznej i społecznej. Nieświadomość sprawia, że pacjenci są traktowani pobłaźliwie, a dyskomfort wynikający z postępujących objawów staje się nieistotny.

Wielopłaszczyznowość schorzenia wyjaśnia trudności w podjęciu odpowiedniej terapii. Podawanie leków obciąża organizm w dłuższej perspektywie stosowania, dlatego coraz częściej mówi się o leczeniu niefarmakologicznym. Większość metod jest bezpieczna i niesie ze sobą pozytywne skutki. Nie istnieje jednak jeden schemat postępowania rehabilitacyjnego, ze względu na szerokie spektrum objawów występujących w fibromialgii.

Ustalenie właściwego postępowania rehabilitacyjnego nie jest łatwe i często wiąże się z rozczarowaniem ze strony pacjentów. Mimo to, istotne są próby doboru odpowiedniej formy terapii. W podejmowaniu działań ważne jest również porozumienie między lekarzem a chorym, ukierunkowane na wspólne planowanie całego procesu leczenia oraz ustalenie realistycznych celów, możliwych do osiągnięcia w określonych ramach czasowych [1].

### Charakterystyka fibromialgii i epidemiologia

Fibromialgią (FM) (łac. *fibrae* – włókno, *myalgia* – ból mięśniowy) określa się zespół bólowy o charakterze rozlanym, ogólnym [2], należący do chorób reumatycznych, którym towarzyszą zmiany pozastawowe w obrębie tkanek miękkich [3, 4]. Dolegliwości bólowe cechują się przewlekłością występowania oraz dotyczą całego organizmu. Charakterystyczna jest nadwrażliwość na dotyk, szczególnie w punktach *tender points*, oddziałujących na OUN i zlokalizowanych na przyczepach mięśniowych. Punkty te cechują się dużą tkliwością oraz różnorodną lokalizacją w obrębie ciała, brakiem wyczuwalności pod palcem oraz brakiem promieniowania do dalszych obszarów [5]. Problemom mięśniowo-stawowym,

### Rozpoznanie fibromialgii

nie związanym ze stanem zapalnym, często towarzyszą objawy wynikające z zaburzenia układu wegetatywnego. U pacjentów obserwuje się także skłonności psychopatologiczne [6].

Choroba zostaje rozpoznawana coraz częściej, pomimo licznych symptomów, wskazujących na inne schorzenia. Ze względu na mylne objawy pojawiające się i ustępujące w różnych okolicznościach, rozpoznanie nie jest łatwe. Dane epidemiologiczne wskazują, iż na rozpoznanie fibromialgii potrzeba średnio ok. 5 lat. W tym okresie pacjenci szukają specjalistów, którzy nie znając powodu dolegliwości, odsyłają ich do kolejnych, wydłużając tym samym czas diagnozy, a zlecane badania, często kosztowne, nie przynosząc żadnych skutków narażają chorego na dodatkowy stres i wydatki [7]. Identyfikacja schorzenia nie ułatwia dodatkowo przebiegu leczenia, który jest procesem skomplikowanym i długotrwałym [8]. Brak jednoznacznych testów, jednolitych objawów kryteriów diagnostycznych oraz brak szerszych opracowań naukowych, opisujących przypadki medyczne z fibromialgią w bazach danych, sprawia, że choroba nie jest uznawana przez część lekarzy [9].

### **Epidemiologia**

Nie przeprowadzono statystyk określających, jak wiele osób zmaga się z chorobą w Polsce. Wiadomo natomiast, że w krajach zachodnich (zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych) schorzenie dotyka około 2–5% społeczeństwa [10]. Obserwuje się stały wzrost liczby chorych, co tłumaczone jest szybkim rozwojem cywilizacyjnym. Pacjenci częściej pojawiają się w klinikach reumatologicznych, niż w niewyspecjalizowanych ośrodkach.

Kobiety chorują do 6 razy częściej od mężczyzn [11]. Nie wiadomo, czym spowodowane są różnice w zachorowalności w odniesieniu do płci. Chorobę diagnozuje się w wieku dorosłym, zwykle powyżej 30. roku życia. Najczęstsze przypadki odnotowuje się w wieku 40–50 lat [12]. Pojawiają się również doniesienia o zachorowaniach w późnej starości, co często łączone jest z występowaniem innych chorób cywilizacyjnych. Coraz częściej diagnoza zespołu bólowego stawiana jest dzieciom i młodzieży [13].

Choroba rozpowszechniona jest bardziej wśród osób rasy białej oraz u osób ze średnim wykształceniem, których dochód rodzinny wynosi poniżej przeciętnej, a także u korzystających ze świadczeń socjalnych. Dane wskazują na duży odsetek chorych, którzy są po rozwodzie i mają zaburzone poczucie własnej wartości. Fibromialgię wiąże się również z osobami chodzącymi regularnie w przeszłości do psychiatry i poddających się leczeniu psychologicznemu [11].

### **Etiopatogeneza fibromialgii**

Fibromialgię zalicza się do chorób o podłożu idiopatycznym, o nieznannej etiologii. Istnieją przypuszczenia określające możliwe przy-



czynny zachorowań, wskazując na wieloczynnikową etiopatogenezę fibromialgii. Badania kliniczne wskazują zwiększone ryzyko zachorowalności u osób, wśród których zaobserwowano występowanie choroby we wcześniejszych pokoleniach. Mówi się o 8-krotnie wyższym ryzyku pojawienia się choroby w rodzinach deklarujących zdiagnozowaną fibromialgię [8]. Cytokiny prozapalne mają znacznie wyższy poziom u chorych obciążonych genetycznie, niż wśród osób bez predyspozycji dziedzicznych. Pośród obciążonych rodzin zauważono występowanie genów determinujących osobniczą odmienną, dotyczącą tolerancji bólu [14].

Poza czynnikami genetycznymi, wskazuje się na zaburzenia w przewodnictwie synaps serotoninerdycznych, co wiąże się z nieprawidłową ilością serotoniny (5-HT) w organizmie, która skutkuje nadmiernym zmęczeniem, brakiem koncentracji czy spadkiem nastroju. Niedobór 5-HT w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym może wywoływać liczne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Deficyt opisywanego neuromodulatora powstaje, jako skutek zaburzeń w osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, w wyniku których obniżona jest synteza kortyzolu [7].

Problemy z odpornością czy bólem, mogą być wywołane również niedoborem tryptofanu (Trp), regulującego funkcjonowanie układu nerwowego. Jako prekursor serotoniny jest o tyle istotny, że uczestniczy w powstawaniu 5-HT [12]. Podobnie, niedobór dopaminy – tzw. „hormonu szczęścia”, czy noradrenaliny (NA) skutkuje nasileniem bodźców bólowych i nadwrażliwością [14].

W sytuacji gdy wyżej opisane neuroprzekaźniki wykazują wyraźny niedobór, zauważalne jest ponad dwukrotnie większe nasycenie substancji P [8], której zwiększony poziom koreluje z przesadzoną wrażliwością nerwową w reakcji na ból [15]. Nadmierna pobudliwość struktur, które przewodzą ból w obszarze rdzenia kręgowego oraz mózgu powoduje zaburzenia w jego odczuwaniu. Pobudzone zostają układy wzmagające odczucie bólu, natomiast osłabione te, których zadaniem jest zahamowanie bolesności powodując nieustanne zmęczenie. U pacjentów z zaburzonym układem autonomicznym zauważa się przejaskrawioną reakcję na bodźce endogenne i egzogenne. Wzmożenie impulsów z nocycceptorów ma również wpływ na jakość snu [14].

Chorzy na fibromialgię mają sen niedający odpoczynku. Dlatego też przyczyn zaczęto doszukiwać się obserwując zapis elektroencefalograficzny fazy snu. W badaniu dostrzeżono obecność wtrąconych fal delta podczas snu wolnofalowego. Zauważono niski poziom melatoniny, której niedostatek wpływa na zakłócenie snu głębokiego [6]. Stale zaburzony sen prowadzi do anomalii w wydzielaniu hormonu wzrostu (STH) oraz prowadzi do męczliwości