

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Zaburzenia funkcjonalne

Wprowadzenie

Określenie „funkcjonalny zespół somatyczny” odnosi się do kilku zachodzących na siebie zespołów charakteryzujących się głównie występowaniem objawów klinicznych, cierpienia i niesprawności oraz rzadziej przez specyficzne dla określonego schorzenia zaburzenia w zakresie struktury lub funkcji danego narządu. Zalicza się do nich m.in. zespół jelita drażliwego, fibromialgię, zespół przewlekłego zmęczenia, zespół stresu pourazowego (PTSD) i zespół niespokojnych nóg. Chorzy ci z objawami powodującymi niesprawność i stres, domagający się postawienia diagnozy ich schorzenia są częstymi pacjentami lekarzy różnych specjalności. Wiele funkcjonalnych zespołów somatycznych wiąże się z poważnymi konsekwencjami socjo-kulturowymi i ekonomicznymi.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Większość pacjentów z zespołami funkcjonalnymi stanowią kobiety (75-90%). Zespół jelita drażliwego i fibromialgia występuje często w ogólnej populacji (odpowiednio 10 i 3%) [3,8], badania populacji wykazały niewielką częstość występowania zespołu przewlekłego zmęczenia wśród osób dorosłych (0.2% do 0.4%) [5]. Częstość występowania tego zespołu jest większa u mniejszości etnicznych oraz u osób z niższym wykształceniem i gorszym statusem zawodowym.

Podobnie częstość występowania PTSD jest niska w ogólnej populacji (~0.5%), ale wzrasta dramatycznie (do ponad 10%) po wystąpieniu katastrofy naturalnej lub wywołanej przez człowieka. Amerykańscy weterani wojenni wykazują częstsze występowanie PTSD (~3%), często z towarzyszącym zespołem przewlekłego zmęczenia (~5%). Częstość występowania PTSD wzrasta wprost proporcjonalnie do poziomu stresu związanego z walką, podczas gdy występowanie zespołu przewlekłego zmęczenia wzrasta tylko w końcowym etapie spektrum stresu. Według badań epidemiologicznych 7-10% ogólnej populacji w USA i Europie cierpi z powodu zespołu niespokojnych nóg.

Centra Kontroli Chorób i Prewencji (CDC) szacują, że ze względu na utratę produktywności w USA zespół przewlekłego zmęczenia stanowi obciążenie ekonomiczne rządu powyżej 9 miliardów dolarów rocznie. Z drugiej strony roczne bezpośrednie koszty zespołu jelita drażliwego wynoszą więcej niż 40 miliardów dolarów. Tak więc zaburzenia funkcjonalne stanowią rokrocznie ogromny wydatek dla społeczeństwa, którego ponad połowę stanowią koszty związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej [4].

Patofizjologia

Duże badania populacji ogólnej wskazują, że w zaburzeniach funkcjonalnych mamy do czynienia z wzajemnym wpływem zachodzących na siebie czynników genetycznych i środowiskowych [1]. Analiza wieloczynnikowa ujawniła istnienie kilku ukrytych cech – włączając ból, zmęczenie, nieefektywny sen, lęk i depresję – które są wspólne dla zaburzeń funkcjonalnych.

Objawy kliniczne

Zespoły funkcjonalne charakteryzują się dużym stopniem podobieństwa i współwystępowania [1]. Bardzo często ta sama osoba spełnia kryteria diagnostyczne dla kilku funkcjonalnych zaburzeń somatycznych. Często nakładanie się na siebie zaobserwowano pomiędzy fibromialgią i zespołem przewlekłego zmęczenia, jak również pomiędzy fibromialgią a zespołem jelita drażliwego. Diagnoza postawiona danemu pacjentowi może być nie tylko wynikiem objawów występujących u pacjenta, ale także specjalności medycznej lekarza. Prawie wszystkie zespoły funkcjonalne wiążą się z (1) bólem/sztwywnością, (2) zmęczeniem, (3) nie przynoszącym odpoczynku snem i (4) stresem emocjonalnym. Często występuje także uogólniona nadwrażliwość na bodźce termiczne, mechaniczne, chemiczne i elektryczne [6].

Kryteria diagnostyczne

Zgodnie z wytycznymi Centrów Kontroli Chorób i Prewencji, aby rozpoznać **zespół przewlekłego zmęczenia** pacjent musi spełniać następujące kryteria:

- Zmęczenie trwające co najmniej 6 miesięcy
- Zmęczenie ma nowy lub określony początek.
- Zmęczenie nie jest wynikiem choroby organicznej ani przemęczenia
- Zmęczenie nie zmniejsza się pod wpływem odpoczynku
- W wyniku zmęczenia dochodzi do znaczącego ograniczenia wcześniejszej aktywności zawodowej, edukacyjnej, społecznej i osobistej
- Cztery lub więcej z wymienionych objawów jest obecnych równocześnie przez >6 miesięcy: zaburzenia pamięci lub koncentracji uwagi, ból gardła, tkliwość węzłów chłonnych szyjnych lub pachowych, ból mięśni, ból w obrębie kilku stawów, nowe bóle głowy, sen nie przynoszący odpoczynku lub nasilenie bólu i zmęczenia po wysiłku

PTSD charakteryzuje się:

- Przywoływaniem stresowego zdarzenia w formie wspomnień (*flashback*) i/lub snów
- Uczuciem ponownego doświadczania stresowego zdarzenia
- Zauważalnym unikaniem sytuacji przypominających zdarzenie stresowe
- Zauważalnymi symptomami lęku i wzrostu pobudzenia
- Częściową niepamięcią w odniesieniu do niektórych aspektów stresowego zdarzenia
- Uczuciem odrętwienia

W celu rozpoznania **zespołu niespokojnych nóg** muszą być obecne następujące objawy:

- Pragnienie poruszania kończynami, często związane z parestezją lub dyzestezją
- Objawy nasilają się w czasie odpoczynku, a zmniejszają w trakcie aktywności
- Niepokój motoryczny
- Nasilenie objawów w nocy

Rozpoznanie **zespołu jelita drażliwego** wymaga stwierdzenia występowania nawracających bólów brzucha lub dyskomfortu przez co najmniej 3 dni w miesiącu w ciągu ostatnich 3 miesięcy, które są związane z dwoma lub więcej objawami wymienionymi poniżej:

- Poprawa wypróżniania
- Zmiana częstości wypróżniania
- Zmiana wyglądu stolca

Kryteria diagnostyczne **fibromialgii** znajdują się w broszurze dotyczącej tej choroby.

Rozpoznanie i leczenie

Jakkolwiek zaburzenia funkcjonalne charakteryzują się znaczącym współwystępowaniem symptomów, ich rozpoznanie jest zależne głównie od pierwotnych skarg i dysfunkcji zgłaszanych przez pacjenta. Przykładowo naprzemiennosc biegunek i zapań sugerować będzie zespół jelita drażliwego, przewlekły rozlany ból - fibromialgię, a upośledzające zmęczenie – zespół przewlekłego zmęczenia. Wspólna patogenezą większości zaburzeń funkcjonalnych prowadzi do podobnego podejścia do leczenia skoncentrowanego na bólu, zmęczeniu, nieefektywnym śnie i negatywnym afekcie [9]. Istnieją poważne dowody na istnienie skutecznych metod leczenia zaburzeń funkcjonalnych, co odnosi się do stopniowanych ćwiczeń i terapii poznawczo-behawioralnej, co także podkreśla podobieństwo tych schorzeń. Zwykle celem terapeutycznym jest ogólna poprawa funkcjonowania i złagodzenie objawów specyficznych dla danej choroby. Skuteczność farmakoterapii obejmującej głównie zaburzenia obwodowych i ośrodkowych procesów nocycepcji różni się w odniesieniu do poszczególnych zespołów funkcjonalnych, wykazując najlepsze wyniki w zespole jelita drażliwego i fibromialgii, a mniejszą skuteczność w przypadku innych schorzeń [7]. Zastosowanie leków przeciwdepresyjnych i przeciwpadaczkowych wydaje się ogólnie skuteczne w przypadku większości zespołów funkcjonalnych. Ponadto agoniści receptorów dopaminowych mogą odgrywać istotną rolę w leczeniu zespołu niespokojnych nóg.

Podsumowując, obecne dowody wskazują na skuteczność zrównoważonego podejścia do leczenia zaburzeń funkcjonalnych, uwzględniającego procedury medyczne skierowane na patologię narządową i terapię poznawczo-



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

behawioralą. Kliniczna skuteczność podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu nakładających się na siebie zespołów funkcjonalnych nie została jak dotąd ustalona.

Piśmiennictwo

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910–21.
2. Goldenberg DL. Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:499–511.
3. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1365–75.
4. Kalia M. Assessing the economic impact of stress: the modern day hidden epidemic. *Metabolism* 2002;51:49–53.
5. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006;367:346–55.
6. Staud R, Rodriguez ME. Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2:90–8.
7. Winkelman JW, Allen RP, Tenzer P, Hening W. Restless legs syndrome: nonpharmacologic and pharmacologic treatments. *Geriatrics* 2007;62:13–6.
8. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19–28.
9. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37:339–52.

