

8. Эффективные пути решения проблемы туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрягина [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2014. – Т. 91, № 3. – С. 18–23.

9. Epidemiology of Drug-Resistant Tuberculosis : review / A. S. Dean [et al.] // Adv. Exp. Med. Biol. – 2017. – Vol. 1019. – P. 209–220.

10. Прогноз эпидемиологии туберкулеза в Республике Беларусь на ближайшие годы / Г. Л. Гуревич [и др.] // Современные технологии диагностики, терапии и реабилитации в пульмонологии : материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, I Конф. ассоц. русскоговорящих специалистов в обл. респиратор. медицины, Гродно, 11-12 июля 2019 г. – Гродно, 2019. – С. 15–18.

11. Серегина, В. А. Современные возможности диагностики туберкулёза легких : (обзор лит.) / В. А. Серегина, А. М. Будрицкий // Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 7–17.

12. Сюнякова, Д. А. Особенности эпидемиологии туберкулеза в мире и в России в период 2015-2020 гг. : аналит. обзор [Электронный ресурс] / Д. А. Сюнякова // Соц. аспекты здоровья населения. – 2021. – № 67 (3). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1273/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 07.03.2022.

13. Mycobacterium tuberculosis Dissemination Plays a Critical Role in Pathogenesis : review article / G. Madeleine [et al.] // Front. Cell. Infect. Microbiol. – 2020. – Mode of access: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00065>. – Date of access: 07.03.2022.

К ВОПРОСУ О СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФИБРОМИАЛГИИ И КОМОРБИДНЫХ ФИБРОМИАЛГИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Логис А.О.¹, Логис Т.Е.², Станько Э.П.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Фибромиалгия (ФМ) – хроническое заболевание, при котором распространенный мышечный болевой синдром сочетается с общей слабостью и усталостью, нарушением сна, утренней скованностью, психическими расстройствами (тревожными, аффективными, когнитивными, личностными, соматоформными и другими). Заболевание определяется продолжительной разлитой болью не менее трех месяцев с наличием болезненности в 11 и более из 18 выявляемых при пальпации возможных специфических точек [1]. Распространенность ФМ в популяции варьирует от 5 до 12 %, соотношение женщин и мужчин рассматривается как 3:1 [2-4]. ФМ часто сопровождается психическими расстройствами, обусловленными патофизиологическими взаимосвязями [5].

Существует вероятность наличия общих наследственных факторов в развитии коморбидных ФМ психических расстройств [5]. В течение жизни у пациентов с ФМ распространенность депрессии составляет 74 %, тревожного расстройства – 60 %. При этом, примерно у 30 % пациентов с ФМ на момент постановки диагноза наблюдается тяжелая депрессия [6].

В развитии аффективных расстройств и болевого синдрома отмечают роль дисфункции гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (ДГГАС). Так, например, хронический стресс, вызывая провоспалительную экспрессию цитокинов в головном мозге, приводит к развитию депрессии и алгического синдрома. Цитокины, вследствие модуляции ДГГАС, резистентности к глюкокортикоидам и их влияния на регуляцию синтеза серотонина инициируют развитие депрессивной симптоматики, что указывает на причастность этих эффектов к развитию депрессии и усилению алгического синдрома [7]. Влияние центральных моноаминов на регуляцию поведения пациентов и их возможность воздействия на нисходящие болевые пути [8] указывает на то, что пациентов с нарушениями нейротрансмиссии моноаминов можно отнести к группе риска развития у них психических расстройств и алгической симптоматики. В связи с этим, пациентам с фибромиалгией, сочетанной с тревожно-депрессивной симптоматикой либо наличием ее в анамнезе, следует назначать антидепрессивную терапию [9]. Вместе с тем, нередко ФМ своевременно не диагностируется, проходит длительное время от появления первых симптомов до установления диагноза. Малоизученными остаются вопросы диагностики ФМ и коморбидных ей психических расстройств.

Цель. Выявление психических расстройств у пациентов с фибромиалгией для выбора адекватной стратегии их лечения.

Методы исследования. Обследовано 35 пациентов с ФМ (20 женщин и 15 мужчин), средний возраст которых составил $47,6 \pm 13,5$ года. Контрольная группа состояла из 30 человек без болевого синдрома (20 женщин и 10 мужчин), средний возраст – $43,6 \pm 12,4$ года. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический и соматоневрологический, психологический – дополнительным методом исследования. Интенсивность боли оценивали по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ). Для выявления коморбидных психических расстройств использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). С целью подтверждения диагноза ФМ использовался опросник FiRST (Fibromialgia Rapid Screening Tool). Специфический характер боли был исключен на основании полученных данных соматоневрологического и лабораторного обследований, магнитно-резонансной томографии, электронейромиографии. От всех пациентов получено информированное согласие на обследование. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics V.23, анализ полученных данных – методов описательной, параметрической и непараметрической статистики. Данные для непрерывных переменных с нормальным распределением представлены в виде $M \pm \delta$, где M – среднее арифметическое, δ – среднее квадратичное отклонение, с ненормальным

распределением – в виде М (Q1-Q3), где М – медиана, Q1-Q3 – интерквартильный размах. Для описания категориальных переменных использовали частоты. Для сравнения групп по количественным переменным с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента, с ненормальным распределением – U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения групп по качественным переменным использовался критерий χ^2 Пирсона. Для сравнения показателей во времени в рамках одной группы с нормальным распределением признака использовался парный t-критерий Стьюдента. При оценке результатов статистически значимыми считали результаты при значениях $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Длительность симптомов у пациентов с ФМ составила 5,0 (2,0-10,0) лет. При этом, диагноз ФМ до обращения в УЗ «Гродненская университетская клиника» был выставлен лишь в 11,4% (n=4) случаев. Нередко пациентам вместо ФМ выставляются диагнозы типа «цервикалгия», «торакалгия», «вегето-сосудистая дистония», «остеохондроз» и «люмбоишиалгия». Результаты, полученные с помощью опросника FiRST, показали, что количество баллов у пациентов с ФМ колебалось в пределах 5,0 (4,0-6,0) баллов. Среднее количество болевых зон по критериям американского общества по изучению боли у пациентов с ФМ колебалось в диапазоне $6,9 \pm 1,6$ (из 9 возможных). При обращении выраженность болевого синдрома у пациентов с ФМ составила $7,3 \pm 2,1$ балла, что соответствует боли высокой интенсивности. По шкале тревоги HADS пациенты с ФМ в среднем набрали $10,7 \pm 4,3$ балла, что выше, чем было в контрольной группе ($3,5 \pm 1,7$ балла) при $p < 0,001$, и указывало на наличие субклинической тревоги. Клинически выраженный уровень тревожных переживаний зарегистрирован у 17 (48,5 %) пациентов с ФМ. Уровень депрессивных переживаний у пациентов с ФМ соответствовал субклиническому по шкале депрессии HADS и составил $7,8 \pm 2,1$ балла, что было выше по сравнению с контрольной группой ($3,4 \pm 1,5$ балла) при $p < 0,001$. Клинически выраженная депрессия зарегистрирована у 7 (20 %) пациентов с ФМ.

Таким образом, полученные данные показывают необходимость своевременной диагностики ФМ и применения в клинической практике адекватной стратегии ее лечения, включающей терапию анксиолитиками, антидепрессантами в комбинации с прегабалином, а также использование нефармакологических методов лечения таких, как когнитивно-поведенческая психотерапия, образовательные программы и физические упражнения с целью укрепления общего состояния здоровья пациентов и достижения большей эффективности фармакотерапии.

Недостаточная осведомленность врачей в вопросах диагностики ФМ, обусловленная дефицитом информации о патогенезе заболевания, критериях его диагностики, как и их несовершенство, а также отсутствие валидных шкал, опросников и специфических маркеров заболевания нередко, при отсутствии отклонений в лабораторных и инструментальных исследованиях, приводят

клиницистов к постановке «иного диагноза» либо к восприятию пациентов с ФМ, как страдающих синдромом Мюнхгаузена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Criteria for fibromyalgia: The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia [Electronic resource] // Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie) Vorträge anlässlich des Symposiums über Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie) 27.–30. Juni 1990 in Bad Säckingen (D) / Rheinfelden (CH). – Mode of access: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-86812-2_2. – Date of access: 29.12.2023.

2. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia / L. M. Arnold [et al.] // The Journal of Pain. – 2019. – № 20 (6). – P. 611-628.

3. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis / W. Häuser [et al.] // Arthritis Care & Reserach. – 2011. – № 63 (6). – P. 808–820.

4. The prevalence of fibromyalgia in the general population: A comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria / G. T. Jones [et al.] // Arthritis & Rheumatology. – 2015. – № 67 (2). – P. 568–575.

5. Family study of fibromyalgia / L. M. Arnold [et al.] // Arthritis & Rheumatism. – 2004. – Т. 50. – № 3. – С. 944–952.

6. Buskila, D. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders / D. Buskila, H. Cohen // Current Pain and Headache Reports. – 2007. – № 11 (5). – P. 333–338.

7. Anisman, H. Cytokines, stress, and depressive illness / H. Anisman, Z. Merali // Brain, behavior, and immunity. – 2002. – Т. 16. – № 5. – P. 513-524.

8. Millan, M. J. Descending control of pain / M. J. Millan // Progress in neurobiology. – 2002. – Т. 66. – № 6. – P. 355–474.

9. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample / K. P. White [et al.] // The Journal of rheumatology. – 2002. – Т. 29. – № 3. – P. 588–594.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЛЯ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ АДЕНОИДИТОМ

Логис А.О.¹, Логис О.В.², Станько Э.П.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Проблема оториноларингологической патологии среди детского населения имеет огромную медико-социальную значимость, в связи с ростом распространенности данных заболеваний, которые могут приводить к