

Чтобы проложить путь в науке и медицине, каким бы маленьким он ни был, нужно встать на плечи гигантов. Я глубоко обязана памяти Джанет Г. Трэвелл и присутствию Дэвида Г. Саймонса. Благодаря им я поднялась достаточно высоко, чтобы увидеть то, что иначе я бы упустила. Кроме того, мой муж Рик поддерживал меня на протяжении всего написания этого издания, и это была совсем не легкая работа.

Вам троим я посвящаю эту книгу.

Дэвин Дж. Старланил

Оглавление

Благодарности.....	7
Предисловие.....	9
Введение	11
ГЛАВА 1. Фибромиалгия: Нарушение действия Силы	14
ГЛАВА 2. Миофасция: что это такое, что она делает и что вам нужно о ней знать.....	26
ГЛАВА 3. Одна маленькая, две маленьких, три маленьких триггерных точки.....	32
ГЛАВА 4. Фибромиалгия и хроническая миофасциальная боль: двойной удар	40
ГЛАВА 5. Лимфатическая и иммунная системы.....	45
ГЛАВА 6. Сопутствующие состояния, не являющиеся взаимоисключающим диагнозом	49
ГЛАВА 7. Иницирующие, отягчающие и провоцирующие факторы.....	59
ГЛАВА 8. Признаки и симптомы.....	79
ГЛАВА 9. Хроническая боль	119
ГЛАВА 10. Сон и усталость	127
ГЛАВА 11. Гендерные вопросы	135
ГЛАВА 12. Возрастные проблемы: от младенцев до пожилых людей.....	151
ГЛАВА 13. Жизненные кризисы: подготовка, предотвращение и управление.....	161
ГЛАВА 14. Берем под контроль: танцы с драконами.....	167
ГЛАВА 15. Новое исследование	174
ГЛАВА 16. План действий по восстановлению здоровья.....	189
ГЛАВА 17. Фиброфог и другие когнитивные нарушения	205
ГЛАВА 18. Позитивные изменения.....	215
ГЛАВА 19. Работа с телом и восстановление его функций	222
ГЛАВА 20. Работа с сознанием	246

ГЛАВА 21. Лекарства	262
ГЛАВА 22. Альтернативная (комплементарная) медицина.....	282
ГЛАВА 23. Питание: вы то, что едите	297
ГЛАВА 24. Ваши помощники.....	310
ГЛАВА 25. Структура поддержки.....	323
ГЛАВА 26. Как облегчить себе жизнь дома и на работе.....	336
ГЛАВА 27. Открываем двери	344
ПРИЛОЖЕНИЯ	354
1. Книги для чтения	354
2. Книги для медицинских работников.....	356
УКАЗАТЕЛЬ.....	357

Благодарности

Когда мы начали планировать это второе издание с нашим издателем, мы столкнулись с дилеммой. Дело в том, что с момента выхода первого издания, благодаря новым исследованиям, резко выросло количество информации о фибромиалгии и миофасциальной боли. В связи с этим возник вопрос: как уместить в новое издание всю новую информацию, одновременно с этим охватить все то, что уже было освещено в первом издании, и при этом выпустить книгу приемлемого размера? Я благодарна людям из *New Harbinger Publications*, которые сделали это возможным. Кристин Бек взялась за этот проект, а Джуэли Гаствирт помогла нам начать.

Больше всего я благодарна за поддержку одному особенному, дорогому мне человеку, который стал для меня источником мудрости, ободрения, остроумия, хорошего настроения и понимания. В тесном общении с высокопоставленными научными и медицинскими умами есть некоторая опасность. В таком общении часто используется сложная терминология, и нередко требуются обширные знания в самых разных областях. Были времена, когда я «спускалась с головокружительных высот» этих научных взаимодействий, не только взволнованная тем, что я узнала, но и рассуждающая на языке, который был бы непонятен моим читателям. Задачей моего редактора Кайлы Сасселл было проследить, что я облакаю эти знания в текст, не только верный с научной точки зрения, но и понятный для читателя. Поэтому плавность повествования в этой книге, равно как и тот успех, которого мы добились с точки зрения понятности изложения большого разнообразия сложных медицинских и научных концепций, является ее заслугой. Она была ниспослана мне свыше.

Мне выпала необыкновенная честь вступать в частый диалог с замечательными учеными, мыслящими очень изысканно. Настоящим даром для меня стала возможность многолетнего общения с Дэвидом Г. Саймонсом, одним из основателей миофасциальной медицины. Это было настоящим чудом, что он потратил так много времени, чтобы обсудить со мной вопросы и идеи, помог мне в кропотливой работе по написанию статей для медицинских журналов и, в целом, был моим наставником на протяжении стольких лет. Это человек с поистине добрым сердцем и к тому же замечательный учитель, глубоко понимающий все те ограничения, которые возникали в результате состояний хронической боли, но при этом всегда поощряющий меня выходить за рамки этих ограничений настолько, насколько это возможно.

Я очень благодарна, что *Williams & Wilkins* снова разрешили использовать замечательные иллюстрации Барбары Каммингс из «Руководства по работе с триггерными точками».

Я благодарю всех, кто предоставил материал для этой книги, особенно моего соавтора Мэри Эллен Коупленд за главы 16, 18 и с 25 по 27; Криса Брауна, Джона Барнса, Эдуардо Баррера, Хэл Блатман, Нила Кларка, Джима Клементса, Камиллу Краккиоло, Джудит Дэй, Мэри Ли Эсти, Ричарда Финна, Джона Гилтинана, Мелиссу Хейс, Кэтлин Дженел, Джулиана Джонаса, Джона Лоу, Клаудию Марек, Кэролин МакМакин, Дэмерон Миджетт, Лена Окса, Элли Пауэрс, Бонни Прадден, Крейга Райана, Уэсли Шенкленда, Риту Шоу, Тассо Спанос, Р. Пола Сент-Аманд, Эндрю Уолди, Мэри Райт и Сэмюэла Юэ.

Кроме того, мне выпала честь общаться с другими врачами и исследователями, которые также умеют мыслить творчески и занимаются расширением тех знаний, которыми я делюсь с вами в этой книге. Несмотря на перегруженные графики, они добровольно выделяли для меня свое время и делились своей мудростью. В знак особой признательности за такую доброту я благодарю Яна Доммерхольта, Жана Бернара Айзингера, Ричарда

Гаррисона, Роберта Гервина, Чанг-Зерна Хонга, Пэта Джойса, Льюиса Мока, Трента Николса, Салиха Озгокмена, Марко Паппагалло, Дениз Парк, Джорджа Ренча, И. Джона Рассела, Майкла Шнайдера, Лоис Саймонс и Джейкоба Тейтельбаума. Я также благодарна тем многим исследователям, которые прислали мне свои статьи.

Я благодарна моему другу и научному сотруднику Лэнис Олдридж, которая появилась именно тогда, когда я нуждалась в ней больше всего, и обладала всеми теми талантами, которые мне были так необходимы. Кроме того, я благодарю медицинского библиотекаря Марти Фенна, а также очень важных для меня людей из Мемориальной библиотеки Брукса, которым удавалось найти любую информацию, которую я просила.

Благодарю свою «Ф-семью» и друзей, которые присылали мне информацию и обеспечивали необходимую поддержку, в том числе Блондилоу, Чипа Дэвиса, Пола Галлахера, Джулию Говен, Бонни Хейнскилл, Джейн Колер, Джона Лабби, Энн ЛеБлан, Тэмми Лиллер, Эда О'Киф, Шэрон Палмер, Лезу Рэймонд, Нэнси Соло, Мать Феодору и Роба Жилина. Кроме того, Чипу и Джейн удалось поддерживать мой веб-сайт в рабочем состоянии, несмотря на мою компьютерную безграмотность. Спасибо вам всем.

Я очень благодарна моей собственной медицинской команде: Кэролин Тейлор Олсон, Крейгу Андерсону, Линн Огаст, Арти Карраскильо, Джо Кэрролл, Элу Крамеру, Линдси Кроссман, Джули Эмонд, Бобу Фагельсон, Дебби Файнер, фармацевтам отеля Дане Макгинн, Джорджу Ренч, Джеффу Уоллесу и особенно Жюстин Джеффри, которая вовремя переехала и была моим миотерапевтом по триггерным точкам в течение большей части этой работы. Именно благодаря умениям всех этих людей, на тот момент, когда я закончила этот восемнадцатимесячный марафон исследований и писательства, моя миофасция была в еще лучшей форме, чем когда я его начинала.

Я благодарна за помощь моей церковной семье, особенно за то, как направляли меня и заботились обо мне преподобная Джин Джерси и преподобный Томас Браун, а также за помощь моей местной группы поддержки. Я также благодарю свою «Ф-семью» из группы *FIBROM-L* в интернете, которая проявила терпение к моему отсутствию во время последней части написания этой книги.

Каждый день мой муж Рик боролся с компьютерными гремлинами и все глубже погружался в понимание того пути, по которому я иду (вместе с несколькими триггерными точками), развивая терпение в отношении моих долгих медицинских проектов, бесконечных электронных писем и телефонных звонков, а также периодических попыток путешествовать во имя медицинского образования. Борьба за завершение этой книги сблизил нас еще больше. Без него я бы не справилась.

Во многих отношениях эту часть книги мне было писать труднее всего — я опасалась, что из-за «фиброзного замешательства» могу забыть поблагодарить всех тех, кого хотела бы поблагодарить. Теперь, когда книга закончена, я обещаю, что выберу для себя более подходящий темп. Переутомление относится к предотвратимым самовоспроизводящимся факторам, так что самое время его предотвратить. В создании этой книги принимало участие очень много людей. Прошу простить меня тех, кого я не упомянула здесь по имени. Я благодарю вас всех и благодарю Бога за то, что он свел нас вместе на этом удивительном пути.

Дэвин Дж. Старланил

Предисловие

Хроническая боль — это отдельный мир. Самые простые вещи в жизни перестают быть столь простыми. В действительности жизнь в целом перестает быть простой. Из нежелательного, случайного гостя, вторгающегося в чью-то жизнь, боль превращается в основную движущую силу принятия почти всех решений. Из дня в день каждодневный выбор определяется необходимостью выживать умственно, физически и эмоционально. Обычная жизнь превращается в поле битвы. И чаще всего проигравшими в этой битве оказываются те, кто страдает от боли, а также их семьи и друзья.

Острую кратковременную боль мы все хорошо знаем в лицо. Соскользнувший нож оставляет после себя зияющую рану. После удара головой появляется шишка или синяк. Перелом кости «обозначается» гипсом на конечности. Агония абсцедирующего зуба вызывает у всех окружающих сочувствие. Все эти травмы причиняют боль, но они заживают, и, что наиболее важно, пострадавшие знают, куда обратиться за помощью. Порезались? Идите в травмпункт. У вас абсцесс зуба? Сходите к стоматологу. В этих и многих других случаях страдальцы действительно несут свой крест, но при этом у них есть надежда на скорое излечение. Миллиарды долларов тратятся на рекламу всех видов обезболивающих для таких ситуаций, убеждая большинство людей в нашем обществе, что для того, чтобы облегчить свое состояние, необходимы лишь глоток, растирание или инъекция. Причинно-следственная связь: если вам больно, используйте наш продукт, и ваша боль уйдет.

Но как насчет пациента, страдающего фибромиалгией или хронической миофасциальной болью? Где находится его источник боли? Должен же он где-то быть! Тем более, что рано или поздно другие виды боли проходят. А если не проходят, то, вполне вероятно, виной этому сам страдалец. Возможно, вы что-то сделали, что-то заслужить эту боль. По крайней мере, так могут подумать некоторые.

Хроническая боль утомительна во всех отношениях: физически, умственно, эмоционально, духовно и финансово. Она крадет у страдающих их семьи, друзей, работу и отношения, даже их жизненную силу. Предполагается, что боль является предупредительным сигналом, сообщаящим нашему мозгу о наличии проблемы, которую необходимо исправить. Однако хроническая боль становится проблемой сама по себе. В то время как острая боль призвана защищать жизнь, хроническая боль разрушает ее.

Кроме того, хроническая боль приводит к изоляции, как реальной, так и предполагаемой: к ней может привести выбор самой «жертвы» или какое-то неосторожное слово, случайно брошенное измученным борьбой членом семьи, а также невнимательность и плохое образование медицинского работника. Одиночество нарушает базовую потребность человека находиться в сообществе других людей. Высказывание «на миру и смерть красна» может быть верным в отношении кратковременной боли, в то время как хроническое страдание, наоборот, может возвести стену, порой удерживающую на расстоянии даже самых заботливых людей, тем самым отдаляя страдальца все дальше и дальше от человеческого подбадривания.

За восемнадцать лет моей практики в области работы с головной, шейной и лицевой болью и моей роли президента Американской академии лечения боли, крупнейшей междисциплинарной организации по боли в мире, я осознала и всю сложность исследования хронической боли и те мучения, с которыми сталкиваются те, кто страдает от ее последствий.

Исцеление всегда начинается с внимательного слушания. Все хорошие лечащие врачи достаточно рано осознают в своей практике, что они должны стать вечными учениками и что лучшие учителя — это наши

пациенты. Я также имела честь многому научиться у коллег-профессионалов из всех слоев общества. Ни в одной дисциплине нет полной информации о хронической боли. Те из нас, кому выпала честь лечить пациентов, должны признать это, принять свою роль и осознать, что часто наилучший медицинский совет, который мы можем дать, — это направить пациента к другому специалисту, который использует способ лечения, являющийся дополнением к тому, чему мы обучались. Мы все члены одной команды. В эту команду всегда следует включать и самого пациента.

Это второе издание книги — луч света в темном мире хронической боли. Оно является маяком для всех тех, кто ежедневно сталкивается с последствиями хронической боли: самих пострадавших, а также их семей и лечащих врачей. Все читатели, независимо от их призвания, могут узнать больше о хронической боли и немедленно применить эти знания на благо всех. На каком бы жизненном пути вы ни находились, эта книга может послужить отправной точкой для нового начала. Начала надежды, помощи и удовлетворения от осознания того, что вы не одиноки.

*Кристофер Р. Браун, Доктор стоматологических наук, М.Р.С.
Непосредственный бывший президент
Американской Академии Лечения Боли
cbrown@hsonline.net
www.aapainmanage.org*

Введение

Если вы читаете эту книгу, то, скорее всего, вы являетесь частью мира фибромиалгии (ФМА) и хронической миофасциальной боли (ХМБ). Возможно, вы прожили в этом мире какое-то время, не зная его названия, и, возможно, чувствовали себя потерянными и сбитыми с толку. Вы можете испытывать множество симптомов, для которых у вас нет объяснения и от которых вы не нашли облегчения. Это вот-вот изменится. Многие ответы, которые вы ищете, можно найти под обложкой этой книги. Добро пожаловать в Ф-семью. Термин «Ф-семья» — это название, которое я придумала некоторое время назад. Оно описывает особую связь между нами.

Во втором издании материал совершенно новый. Здесь обновлена вся информация из первого издания; а также добавлены последние результаты исследований. Это второе издание писалось гораздо более тщательно, чем первое, и стиль повествования был изменен, чтобы сделать книгу более удобной для чтения. Вместо отдельного справочного раздела в конце книги главы снабжены «сносками» для тех, кто хочет ознакомиться с источниками. В этих примечаниях используются два термина, с которыми вы, возможно, не знакомы. Первый, «там же», относится к примечанию, непосредственно предшествующему ему. Второй термин, «в цитируемой работе», означает, что источник, который вы ищете, был процитирован ранее в примечаниях. Если вы будете искать его по имени автора (авторов) и дате, вы обязательно его найдете. В некоторых случаях термин «в цитируемой работе» сопровождается номером страницы. Это должно помочь в поиске цитируемого материала.

Некоторые изложенные в этой книге идеи на годы опережают теории медицинских учреждений. Многие люди, с которыми я работаю и которых я уважаю, являются первопроходцами в медицинской науке. Кто-то должен идти первым. Но те, кто следует за нами, должны знать, почему мы идем именно в том направлении, в котором идем. Факты есть факты, и «неверующим» придется с этим смириться.

В последнее время произошел настоящий взрыв исследований в области изучения фибромиалгии и хронической миофасциальной боли. Пока я работала над этим изданием, я лично общалась с исследователями по поводу еще неопубликованных работ. Я сделаю все возможное, чтобы осветить новейшие исследования и сделать это максимально понятным и при этом не слишком утомительным образом. Я объясню все новые термины и концепции по ходу дела. Имейте в виду, что некоторые врачи их тоже не понимают. Вот почему у нас есть «сноски» в конце каждой главы. Сегодня мы все должны радоваться количеству и качеству исследований, проводимых в области миофасциальной медицины и фибромиалгии, а также в смежных областях медицины.

Те из вас, кто читал две другие книги этой серии, заметят фундаментальное изменение в терминологии. Термин «миофасциальный болевой синдром» (МБС) больше не используется, потому что миофасциальная боль, обусловленная триггерными точками, теперь считается реальным заболеванием и больше не называется синдромом. В этой книге мы называем это «хронической миофасциальной болью» (ХМБ).

Первое издание «Руководства по выживанию» было посвящено тому, чтобы познакомить вас с такими состояниями, как фибромиалгия и хроническая миофасциальная боль; в этом издании мы повторим основные понятия для новых читателей. Сопутствующая книга *The Fibromyalgia Advocate* посвящена самоподдержке и предоставляет всю нужную информацию для получения необходимых вам услуг. Данная книга направлена на то, чтобы вы достигли уровня самостоятельного поддержания собственного функционирования. Многие материалы тщательно подкреплены доказательствами, поскольку все еще есть те, кто «не верит» в эти состояния. И пока это так, они не смогут вам помочь. У каждого из нас есть уникальный набор

потребностей. Вам нужна медицинская бригада, созданная с учетом ваших индивидуальных требований. Смори главу 24, где обсуждаются различные типы специалистов, которые должны быть в вашей команде.

Когда вышло первое издание «Руководства по выживанию», несколько медицинских экспертов сказали мне, что реактивной гипогликемии не существует. Теперь ее существование подтверждено документальными доказательствами. В наши дни все, что вам нужно сделать, это провести поиск в авторитетных медицинских журналах по слову «инсулинорезистентность» — и вы обнаружите, что она действительно существует и имеет масштабы эпидемии. Реактивная гипогликемия часто сочетается с резистентностью к инсулину (см. главу 27).

Я хочу помочь в просвещении медицинского мира, а также моей семьи, поэтому я предоставляю вам всю документацию, необходимую для того, чтобы ваша медицинская и юридическая команды относились к вам серьезно. До сих пор есть врачи и другие специалисты, которые «не верят» в фибромиалгию, миофасциальную боль и многие другие осложнения, которые могут сопровождать оба эти состояния. Вы вот-вот отправитесь в путешествие, полное открытий. Вы узнаете, как распознавать триггерные точки миофасциальной боли, фибромиалгию и хроническую миофасциальную боль. Вы также найдете множество вариантов того, что вы можете предпринять, чтобы успешно справиться со своими симптомами.

Хроническая нераковая боль обходится американской экономике в 40 миллиардов долларов в год [1]. Одна из основных причин таких высоких затрат заключается в том, что большинство врачей не обучены диагностике и лечению фибромиалгии и хронической миофасциальной боли. Таким образом, многие люди проходят множество ненужных тестов и процедур, которые истощают их физически, эмоционально и финансово. Некоторые из этих неподходящих методов лечения могут даже ухудшить их состояние.

В мире художественной литературы большинство людей любят загадки. Они ищут подсказки, которые помогли бы им в конце концов узнать, «кто это сделал». В реальной жизни, когда в роли этого «кто» оказывается ФМА и/или ХМБ, возникает настоящая загадка: что вы можете сделать со всеми вашими загадочными, нередко пугающими симптомами (не говоря уже о таких их возможных последствиях, как инвалидность)?

Благодаря медицинским текстам, написанным докторами Трэвелл и Саймонс [2, 3], в случае ХМБ есть конкретная и точная карта диагностики и лечения. В этой книге часто упоминаются эти врачи и их тексты. Они оказали сильное влияние на степень того, как вы можете повысить качество своей жизни. К сожалению, многие медицинские работники не читали эти медицинские тексты и не были обучены диагностике и лечению триггерных точек (ТрТ). За этот пробел в их медицинском образовании расплачиваются их пациенты. С вашей помощью данная книга может познакомить таких врачей с этими бесценными руководствами. Одно из моих самых больших желаний — увидеть, что мечта Трэвелла и Саймонса остается живой. Мне нужна ваша помощь в этом. Мы делаем существенные успехи.

Многие читатели не знают, как познакомить своих врачей с новой информацией. В идеале эта книга уже должна стоять на книжной полке вашего врача вместе с руководствами Трэвелла и Саймонса. Если это не так, в следующий раз, когда вы пойдете к врачу, возьмите свою собственную копию и скажите что-то вроде: «Здесь много подробной информации о триггерных точках, и я не все понимаю. Я был бы признателен, если бы вы взглянули и помогли мне». Или, например, вы можете спросить: «Вы когда-нибудь слышали об этом лечении (или симптоме)? Вы можете мне узнать об этом больше?»

Новые идеи важны. Вы должны знать, когда имеет смысл рискнуть, а когда — понаблюдать со стороны. Сохраняйте веру. Вы можете как упасть, так и научиться летать. Разница лишь в вере и настойчивости. Написание четырех статей для медицинских журналов и проведение одного клинического исследования в 2000 г., подготовка этого нового издания и работа с ФМА и ХМБ стали для меня бесценным опытом с точки зрения моего обучения. Но я также обнаружила, что даже центр вихря может быть самым безмятежным местом, если вы не беспокоитесь о буре.

Ни я, ни Мэри Эллиен Коупленд не являемся практикующими врачами. Мое официальное образование было связано с неотложной медициной, а никак не с миофасциальной медициной, хотя с тех пор я многое узнала. Когда я говорю о «пациентах» с фибромиалгией и хронической миофасциальной болью, я имею в виду тех, у кого есть ФМА и ХМБ. Я разговаривала с тысячами таких пациентов лично и еще с тысячами — через Интернет. Я отказываюсь считать членов своей «Ф-семьи» «жертвами». Слова имеют большую силу, и мы должны использовать их с умом.

Ни Мэри Эллиен, ни я не являемся волшебниками, способными работать дни и ночи напролет. У нас нет возможности взаимодействовать с каждым из вас один на один. У нас обеих тяжелые ФМА и ХМБ. Мы не можем давать конкретные медицинские советы по переписке и не выступаем в качестве свидетелей-экспертов;

мы лишь пытаемся обучить вас руководящим принципам. В наши книги и записи мы вложили все свои знания. Мы надеемся, что она, при условии правильного использования, удовлетворит ваши потребности и ответит на ваши вопросы.

Дэвин Дж. Старланил
<http://www.rovers.net/~devstar>

Библиографический список

1. J. Sheehan, J. McKay, M. Ryan, N. Walsh, and D. O'Keefe. 1996. What cost chronic pain? *Ir Med J* 89(6):218-219.
2. D. G. Simons, J. G. Travell and L. S. Simons. 1999. Travell and Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Second edition. Baltimore: Williams and Wilkins.
3. J. G. Travell and D. G. Simons. 1983. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, Vol. I. First edition. Baltimore: Williams and Wilkins.

Глава 1

ФИБРОМИАЛГИЯ: НАРУШЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ СИЛЫ

Фибромиалгия (ФМА) является наиболее частой причиной распространенной боли [1], при этом она может оставаться недиагностированной в течение длительного времени. Число людей, страдающих ФМА, неизвестно, но неопределенность и частые ошибочные диагнозы причиняют значительный ущерб жизни многих пациентов. Похоже, что у каждого эксперта в этой области есть свое собственное мнение об истинной распространенности ФМА. Такая путаница будет сохраняться до тех пор, пока врачи не будут обучены всесторонней дифференциальной диагностике. Большинство пациентов с ФМА — женщины, но опять же, эксперты расходятся во мнениях относительно точного процентного соотношения.

Синдром фибромиалгии произносится как СИН-дром ФИ-бро-ми-АЛ-гии. Слово «фибромиалгия» происходит от греческого «algia», то есть боль, «мио», обозначающего мышцу, и латинского «фибро», означающего соединительную ткань сухожилий и связок. Слово «синдром» — это группа признаков и симптомов, которые возникают вместе и характеризуют определенную аномалию. Фибромиалгия — это не какая-то новая «причудливая болезнь». В течение многих лет медицинские работники называли ее самыми разными именами, включая «хронический ревматизм» и «фиброзит». Поскольку мы не понимали, что именно вызывает ФМА, мы считали, что ее корни лежат в психологии. В настоящее время имеется достаточно доказательств обратного. В этом издании мы приводим многочисленные ссылки на медицинские журналы, которые должны убедить даже самых упрямых любителей «тянуть резину».

Американская медицинская ассоциация (АМА) признала ФМА реальной болезнью и основной причиной инвалидности в 1987 г., хотя большинству врачей даже сегодня по-прежнему не хватает навыков для того, чтобы ее диагностировать и назначить эффективное лечение. Фибромиалгия, как и многие другие заболевания, в настоящее время неизлечима, но при этом вполне поддается лечению, и существует довольно много способов того, как можно значительно улучшить свое здоровье и качество жизни. В этой книге вы узнаете о многих из этих способов.

Нередко пациенты с ФМА испытывают глубокое чувство облегчения, когда наконец узнают, что у них есть признанная болезнь, и понимают, что она не прогрессирует. И тогда их неуверенность в себе заменяется соответствующей терапией и заботой о себе. Следует признать, что если ваш врач не имеет специальной подготовки в области ФМА, поставить первоначальный диагноз может быть чрезвычайно сложно. Вы можете прийти к врачу с симптомами, которые кажутся совершенно несвязанными и могут варьироваться от спутанности сознания до жжения в ногах, но обычно сопровождаются общим состоянием, напоминающим грипп, которое влияет на все аспекты вашей жизни.

Кристин Торсон, редактор информационного бюллетеня *The Fibromyalgia Network Newsletter*, отмечает, что то, что механизмы ФМА не полностью изучены, не означает, что от этого фибромиалгия становится менее реальной [2]. Свойственные этому состоянию симптомы сложно переносить еще и потому, что они имеют сложные причины. Если ваши врачи не могут вам помочь, они должны незамедлительно направить вас к специалистам, которые смогут это сделать. Всегда есть другие варианты.

В этой книге описаны многие из таких вариантов. Тот факт, что не существует какого-то единого способа, который мог бы помочь всем, не означает, что каждый из нас не может найти способ почувствовать себя намного лучше.

Что из себя представляет фибромиалгия?

Фибромиалгия реальна. Исследования подтверждают, что ФМА — это «особый клинический синдром, заслуживающий информированной медицинской помощи и требующий дальнейших исследований для лучшего понимания хронической распространенной боли» [3]. Американский колледж ревматологии, Американская медицинская ассоциация, Всемирная организация здравоохранения и Национальный Институт здоровья признали ФМА легитимной клинической единицей. Теперь врачам, «не верящим» в его реальность, нет никакого оправдания: если ваш врач «не верит в ФМА», значит, вы пришли не к тому врачу.

На семинаре «Фокус Трэвелла на Боли» в 2000 г. доктор И. Джон Рассел, редактор журнала *Musculoskeletal Pain*, упомянул об использовании функциональной МРТ, которая показывает мозг в действии. У здорового человека при надавливании на болезненную точку возникает минимальная реакция, в то время как у пациента с ФМА «результат был дикий. Весь мозг словно сошел с ума». Очевидно, что в центральной нервной системе больных ФМА происходит что-то, чего не происходит у здоровых людей.

Фибромиалгия может быть причиной значительной нетрудоспособности [4]. Особенно, если вы страдаете ею в течение длительного периода времени без надлежащей медицинской помощи. ФМА наполняет стрессом все, что вы делаете. Например, многие из нас не могут сидеть спокойно или сохранять какое-либо другое положение дольше двадцати минут, не становясь при этом «деревянными». Почти каждый человек с ФМА демонстрирует ухудшение координации и снижение выносливости, хотя отчасти это может быть связано с сопутствующей хронической миофасциальной болью (ХМБ). Как и ревматоидный артрит, ФМА может приводить к нетрудоспособности, и около 30 % пациентов с ФМА не могут продолжать свои обычные занятия из-за непрекращающихся хронических симптомов [5].

Синдром «всеобщего раздражения»

Фибромиалгия представляет собой сложный синдром, характеризующийся усилением боли, мышечно-скелетным дискомфортом и системными симптомами. При ФМА наблюдается общее нарушение реакции организма на боль [6]. Я думаю, что ФМА можно описать как повсеместную аллодинию и гипералгезию [7]. «Аллодиния» означает, что те ощущения, которые обычно бывают безболезненными, переживаются как болевые ощущения. «Гипералгезия» означает усиление и большую интенсивность болевых ощущений. Такое сочетание может быть катастрофическим. При наличии физически травмирующего иницирующего события эти изменения в том, как ваша центральная нервная система реагирует на болевой стимул, становятся еще хуже.

Вы можете быть чувствительны к запахам, звукам, свету и вибрациям, которые другие даже не замечают. Ваше внимание может привлекать шум, издаваемый флуоресцентными лампами. Иногда ваше тело может интерпретировать прикосновение, свет или даже звук как боль. Сон или его отсутствие играет решающую роль при ФМА. Возможно, вы не высыпаетесь или имеете недостаточно качественный сон. Нарушения сна, ощущение отечности и непереносимость физической нагрузки в значительной степени связаны с ФМА [8].

Кроме особых болезненных точек, основным симптомом ФМА является боль, за исключением пациентов старшего возраста. Пожилых людей в большей степени беспокоят утомляемость, отек мягких тканей и депрессия [9]. У молодых людей типичными проявлениями также являются дискомфорт после минимальной

физической нагрузки, слабая лихорадка или температура тела ниже нормы, а также особая чувствительность кожи [10]. Так, много пациентов с ФМА использует формулировку: «Я чувствую себя так, будто меня переехал грузовик», — что в одном из исследований это было названо «знаком фуры» [11], хотя эти исследователи указали, что марка грузовика не имеет значения.

Сенсибилизация центральной нервной системы

«В настоящее время твердо установлено, что повышенная чувствительность к боли при фибромиалгии, в первую очередь, связана с дисфункцией центральной нервной системы (ЦНС)» [12]. При ФМА наблюдается ЦНС-опосредованная чувствительность глубоких тканей, к которым в том числе относятся мышцы; вот почему многие люди ошибочно полагают, что это мышечное состояние. Все, что приводит к повреждению тканей, будь то очевидная физическая травма, такая как автомобильная авария, или менее заметное биохимическое повреждение, может вызвать гиперчувствительность в месте повреждения. При повторяющейся или продолжительной травматизации гиперчувствительность может развиваться в других областях [13]. Это может привести к состоянию «центральной сенсибилизации», поскольку ваша нервная система реагирует на хроническую длительную боль несколькими различными способами. Например, в спинном мозге образуется больше нейронных связей в ответ на химическое повреждение, вызванное хронической болью. Это называется нейропластичностью, и именно она отвечает за увеличение количества каналов, транслирующих вашу боль. Кроме того, увеличивается количество нейротрансмиттеров, связанных с передачей боли, и усиливаются болевые сигналы, поступающие из внешних областей.

При ФМА у вас наблюдаются запоздалые, неадекватные и преувеличенные реакции вегетативной нервной системы на внешние или внутренние раздражители, которые уже давно прошли. Аргинин-вазопрессин (АВП) является важным биохимическим веществом при ФМА, хотя большинство исследователей игнорировали его. Аргинин-вазопрессин является ключевым биохимическим веществом, которое предотвращает выключение стрессовой реакции «бей или беги» у пациентов с ФМА после того, как исчезла причина ее активации. По сути, вашему разуму постоянно говорят, что ваше тело повреждено, и он не перестанет чувствовать боль, пока вы что-нибудь с этим не сделаете. Поскольку в этом процессе может быть задействовано самое разное количество нейротрансмиттеров и болевых рецепторов, вам, возможно, придется попробовать множество различных лекарств (и методов лечения), прежде чем вы найдете ту их комбинацию, которая хорошо работает именно для вас. Многие врачи сдаются слишком рано. Боль является постоянным сопровождающим фактором при фибромиалгии, и чтобы ваше тело и разум имели возможность работать над улучшением самочувствия, вам необходимо обезболить. В противном случае боль как таковая может поглотить вашу жизнь: вряд ли вы сможете сосредоточиться на упражнениях на растяжку, когда кто-то отгрызает вам ногу.

Склонность к развитию ФМА может передаваться по наследству. У многих матерей с ФМА есть дети с ФМА. Поскольку психологические и семейные факторы не отличаются у детей с ФМА или без него, эта тенденция может быть связана с генетикой [14]. В 1989 г. *Pellegrino, Waylonis* и *Sommer* [15] обнаружили, что ФМА может наследоваться по аутосомно-доминантному типу с разным возрастом начала клинических проявлений. Это означает, что примерно у половины детей родителя с ФМА в конечном итоге разовьется ФМА. Чем раньше распознается и лечится ФМА, тем легче контролировать симптомы (см. главу 12, в которой рассматриваются вопросы, связанные с возрастом, от младенчества до старости).

Чем не является фибромиалгия

Фибромиалгия не является заболеванием опорно-двигательного аппарата [16]. Ее скорее следовало бы назвать «миалгия центральной нервной системы» (см. главу 15) — именно там находится дисфункция. Это не имеет ничего общего с волокнами ваших мышц. При ФМА источником проблемы являются не мышечные волокна, хотя нарушения биохимических процессов при ФМА могут вызывать изменения на клеточном уровне. Фибромиалгия — это биохимическое нарушение, которое влияет на весь организм. Нельзя иметь ФМА только в спине или в руках: она либо везде, либо ее нет нигде. Если у вас есть локальные жалобы, их причиной едва ли является ФМА, хотя ФМА может усиливать локальные симптомы.

Фибромиалгия не прогрессирует [17]. Если ваше заболевание со временем значительно ухудшается, значит, существует какой-то сохраняющийся или усугубляющий фактор или какое-то сопутствующее состояние, которое не было устранено. Если вы выявите этот фактор и справитесь с ним, ваши симптомы должны значительно ослабнуть. Фибромиалгия не является диагнозом, исключающим все остальные. У вас могут быть сопутствующие заболевания, такие как рассеянный склероз, артрит и/или миофасциальная боль, и при них боль будет усиливаться за счет ФМА.

Фибромиалгия — это не всеобъемлющий диагноз. Это специфический хронический недегенеративный невоспалительный синдром. Это не болезнь. Болезни имеют известные причины и хорошо изученные механизмы возникновения симптомов. Синдром — это определенный набор признаков и симптомов, которые возникают одновременно. Ревматоидный артрит, волчанка и многие другие серьезные состояния также классифицируются как синдромы.

Фибромиалгия — это не то же самое, что хроническая миофасциальная боль [18]. Между этими двумя понятиями есть важное фундаментальное отличие [19]. Не существует такой вещи, как триггерная точка фибромиалгии. Упоминание «триггерных точек ФМА» вашим врачом или физиотерапевтом должно стать для вас сигналом о серьезном непонимании. Триггерные точки (ТрТ) являются составляющей миофасциальной боли, а не ФМА, и ваш лечащий врач должен это понимать.

Фибромиалгия — это не то же самое, что синдром хронической усталости и иммунной дисфункции (СХУиИД), хотя они могут являться частью одного и того же семейства дисфункций центральной нервной системы. У большинства пациентов с ФМА наблюдается повышенное количество вещества Р в спинномозговой жидкости. Но когда исследовали уровни вещества Р в спинномозговой жидкости пятнадцати пациентов с СХУиИД, все значения были в пределах нормы. Результаты этого исследования подтверждают гипотезу о том, что ФМА и СХУиИД являются разными заболеваниями, несмотря на пересекающиеся симптомы [20]. Другое исследование указывает, что «при ФМА присутствует состояние физиологического гипервозбуждения. При этом для СХУиИД характерна четко противоположная, притупленная реакция» [21].

В норме спинномозговая жидкость (СМЖ) прозрачна и бесцветна и образует жидкую подушку для вашего мозга. Молекулы спинномозговой жидкости могут проникать в ваш мозг, а также омывать его и спинной мозг питательными веществами. СМЖ помогает переносить информацию внутри вашей центральной нервной системы. Химические вещества в спинномозговой жидкости могут вызывать сон, стимулировать аппетит и влиять на репродуктивную функцию. Исследования показали, что уровень содержания некоторых биохимических веществ в спинномозговой жидкости пациентов с ФМА не соответствует норме [22].

Фибромиалгия — это не просто распространенная боль или ломота в мышцах. Похоже, что в общей популяции те взрослые, которые соответствуют критериям ФМА Американского Колледжа Ревматологов (ACR), имеют ряд сходных характеристик по сравнению с теми, у кого хроническая распространенная боль не соответствует этим критериям [23]. Помимо ФМА, существует множество других состояний, вызывающих повсеместную боль. Так, например, хроническая миофасциальная боль (ХМБ) может сопровождаться повсеместной болью из-за каскадов триггерных точек. Аналогичные ощущения могут являться побочным эффектом некоторых лекарств. Распространенная боль также часто встречается при болезни Лайма, ВИЧ, гипотиреозе и других эндокринных заболеваниях, а также при некоторых генетических заболеваниях [24].

Фибромиалгия — неоднородное состояние. Причина мышечной боли и аллодинии может быть неодинаковой у всех людей, отвечающих критериям ФМА Американского Колледжа Ревматологов [25]. Существует целый ряд групп пациентов с ФМА. Фибромиалгия включает пациентов с различными механизмами обработки болевых импульсов [26]. В одном из исследований некоторые субпопуляции пациентов были сгруппированы в полноценные категории [27], и такое разделение поможет решить, какие схемы лечения с наибольшей вероятностью подойдут конкретным пациентам.

Фибромиалгия не является аутоиммунным заболеванием [28]. Количество антинуклеарных антител и других признаков заболеваний соединительной ткани сходно у пациентов с фибромиалгией и у здоровых индивидов из контрольной группы [29]. У некоторых пациентов с ФМА могут развиваться сопутствующие аутоиммунные состояния, а у пациентов с иммунными заболеваниями может развиваться ФМА, но это

Я придумала слово «Ф-семья», чтобы описать особые узы, существующие между теми из нас, у кого фибромиалгия. Нередко бывает так, что у нас больше общего с другими пациентами с фибромиалгией, чем с членами нашей собственной семьи.

Д. Дж. С.