

Fibromialgija

Avtorica:

Nuša Zupan, dr.med., spec. medicine dela, prometa in športa

simptomi



bolečina
v mišicah



skeletna
bolečina



utrujenost



glavobol



suhe
oči



depresija in
anksioznost



motnje pozornosti
in osredotočenja



motnje
spanja



bolečine v
spodnjem
delu trebuha



vzdraženost
sečnega mehurja

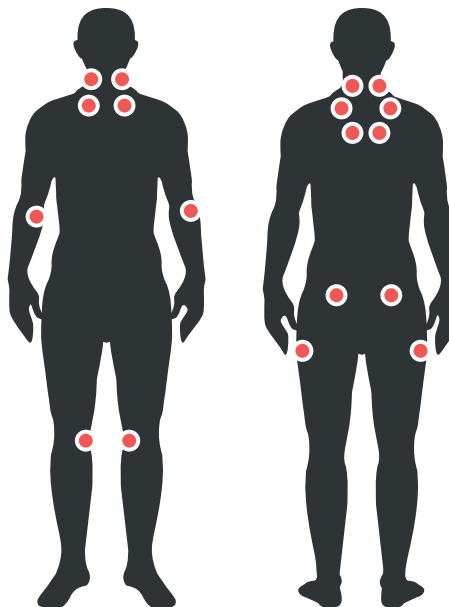


palpitacije



sindrom
razdraženega črevesja

točke bolečnosti na pritisk



SPREDAJ

ZADAJ

ETIOLOGIJA

Sindrom fibromialgije je etiološko in patogenetsko nerazjasnjeno bolezensko stanje. Zanj so značilna kostno-mišična bolečina, točke bolečnosti na pritisk v mišicah in kostno-mišičnih narastiščih, utrujenost, slab spanec, znižan bolečinski prag ter bolečina ob normalnih, nebolečih dražljajih (kot so dotik, toplota, mraz, kemikalije, svetloba, zvok in vonj). Pri nastanku kronične bolečine so pomembni tudi psihološki dejavniki, kot so panični odziv na stresni dogodek, prezaposlenost s telesnimi simptomi, depresija in anksioznost. Večina bolnikov občuti bolečino v številnih mišicah, kot bi jim nekdo mišice natezal ali kot bi bile mišice delovno preutrujene, včasih pa je mišična bolečina pekoča in jo primerjajo s tisto pri gripoznem obolenju. Vrsta in resnost bolezenskih znakov ni enaka pri vseh bolnikih. Čeprav je moteča, ni progresivna ali življenje ogrožajoča. Po podatkih epidemioloških raziskav fibromialgija prizadene 0,5 do 5 % populacije, razmerje ženske proti moškim je ocenjeno na 3:1. Približno v 80 do 90 % so prizadete ženske med dvajsetim in šestdesetim letom starosti ⁽²⁾. Prevalenca sindroma fibromialgije v Sloveniji ni poznana ⁽¹⁾.

KLINIČNA SLIKA IN DIAGNOZA

Jasen vzročni dejavnik, ki sproži sindrom fibromialgije, ni poznan. Poznani pa so dejavniki tveganja, ki povečajo verjetnost za njen razvoj. Med zunanje dejavnike uvrščamo reaktivna psihična stanja, okužbe, hormonske motnje, čezmeren telesni napor, dolgotrajen čezmeren hrup okolja v nočnem času, poškodbe skeleta, ki se neugodno celijo in tudi nihajne poškodbe vratne hrbtenice ⁽¹⁾.

Na sindrom fibromialgije pomislimo pri bolnikih, ki navajajo razširjeno bolečinsko simptomatiko, ki traja že vsaj tri mesece, s kliničnim pregledom pa običajno ne najdemo odstopanj in tudi ne laboratorijskih odklonov, ki bi pojasnili njihove težave. Diagnozo postavimo na podlagi izsledkov kliničnega pregleda in anamneze. Ciljane laboratorijske preiskave in drugi diagnostični postopki so potrebni ob utemeljenem sumu, da je sindrom fibromialgije sekundaren (pridružen vnetni sklepni revmatični boleznim, sistemski vezivno-tkivni boleznim, endokrinološki, nalezljivi boleznim ali raku). Pri postavitvi diagnoze uporabljamo leta 2016 obnovljena diagnostična merila Ameriškega revmatološkega združenja (ACR), s katerimi opredelimo tudi stopnjo resnosti fibromialgije – FS scale (Fibromyalgia Severity scale). Vključujejo vprašalnik, sestavljen iz dveh delov: 1. indeks razširjenosti bolečinske simptomatike – WPI (Widespread Pain Index: 0–19) in 2. kazalnik resnosti simptomov – SSS (Symptom Severity Scale: 0–12). Diagnozo postavimo neodvisno od drugih, že obstoječih bolnikovih boleznim, pridružena je lahko tudi kateri koli vnetni revmatični boleznim ⁽¹⁾.

ZGODNJE ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJA

Fibromialgija večinoma ni (dokončno) ozdravljiva. Bolnika moramo poučiti o naravi bolezni, saj je pomembno, da prevzame aktivno vlogo pri zdravljenju ⁽¹⁾. Glavni cilj zdravljenja je, da bolniku zmanjšamo bolečino, hkrati pa poskušamo urediti razmere v njegovem delovnem in družinskem okolju. Učinkovito zdravljenje ni farmakološko temveč interdisciplinarno in individualno prilagojeno. V Sloveniji poteka interdisciplinarno

rehabilitacijski program za bolnike s kronično nerakavo bolečino v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS Soča. Cilj rehabilitacije je ohranitev funkcije posameznika kljub kroničnim omejitvam, ki so neločljivo povezane s fibromialgijo. Zdravljenje je lahko neuspešno zaradi neželenih stranskih učinkov zdravil ali pa zaradi bolnikovega vedenja ob samoomejevanju osebnih in poklicnih dejavnosti vsakdanjega življenja ⁽²⁾.

OHRANJANJE AKTIVNOSTI IN PROMOCIJA ZDRAVJA

Stopnja zaposlitve pri ljudeh s fibromialgijo se geografsko razlikuje in je od 34 do 77 % ⁽³⁾. Po podatkih iz literature je povprečno trajanje nezmožnosti za delo zaradi fibromialgije 55 dni, lahko tudi več kot leto dni. Ker imajo bolniki bolečinske simptome ob običajno normalnem telesnem statusu in z normalnimi diagnostičnimi testi, ni objektivnega medicinskega merila, na podlagi katerega bi lahko predvideli zmanjšano delazmožnost ali invalidnost ⁽²⁾. Pri bolnikih s fibromialgijo je najbolj pomembno, da bolezen hitro prepoznamo.

Fibromialgije ne moremo preprečiti, se pa lahko bolezen pravočasno prepozna. Pomembno vlogo ima specialist medicine dela, prometa in športa, ki bolnika s fibromialgijo lahko prepozna na preventivnem zdravstvenem pregledu in ga usmeri v interdisciplinarno zdravljenje. Za bolnike s fibromialgijo sta predvsem pomembna zgodnje zdravljenje in zgodnja vrnitev na delo. Vendar lahko zaradi dolgih čakalnih dob mine več mesecev ali celo več let, preden oboleli prejme ustrezno terapijo. Zato so delavci s fibromialgijo pogosto v bolniškem staležu, ki je dolgotrajen. Ko traja bolniška odsotnost zaradi mišično-skeletne bolečine nad 8 tednov, se prognoza poslabša in verjetnost vrnitve na delo se zmanjša. Ljudje, ki imajo kronično bolečino, imajo sedemkrat večjo verjetnost, da bodo opustili službo ⁽⁶⁾. Zelo pomembne so tudi bolnikove osebnostne značilnosti, motiviranost, pripravljenost na delo, vrednote ter podpora vodstva in sodelavcev. Za ohranitev delazmožnosti je treba delo hitro prilagoditi, da bolnik ostane v stiku z delovnimi aktivnostmi. Glede na ocenjeno delazmožnost ter zahteve dela (ocena tveganja) je potrebno ustrezno ergonomsko prilagoditi delo in delovno

mesto. Naloga specialista medicine dela, prometa in športa je, da z ustreznimi ukrepi skuša ohraniti delazmožnost osebe s fibromialgijo, da čim dlje ostane vključena v delovnem procesu.

Leta 2011 se je začela skupna pobuda Evropske mreže za promocijo zdravja pri delu, ki je predlagala akcijski načrt v šestih korakih. Z njimi bi delavcem s kroničnimi boleznimi, kamor spada tudi fibromialgija, pomagali pri vračanju na delo, delodajalcem ohranitev delavca med zaposlenimi, hkrati pa bi dosegali izboljšanje splošnega zdravja delovne sile ⁽⁴⁾.

V nekaterih evropskih državah, na primer na Irskem, je vrnitev na delo pomemben cilj delodajalcev. Z delavcem so v stiku tudi v času bolniške odsotnosti, saj želijo spodbuditi zgodnjo prostovoljno vrnitev na delo (5). Slovenska zakonodaja takšnega načina ne dopušča. Zakon o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/2007 (ZVOP-1-UPB1)) namreč obravnava seznanitev delodajalca z diagnozo obolelega delavca ali načinom zdravljenja kot poseg v delavčevo zasebnost. Zaradi tega je sodelovanje delodajalca pri vračanju delavca na delovno mesto oteženo in je toliko bolj pomembno sodelovanje izvajalca medicine dela pri komunikaciji med delodajalcem in delavcem.

LITERATURA:

1. Ambrožič A, Božič B, Čučnik S, Gašperšič N, Hočevar A. Žepna revmatologija. Gašperšič N, Aleš A, editors. Ljubljana: Društvo za razvoj revmatologije; 2019. 145-50.
2. Reed P. The Medical Disability Advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration 5th Edition title. 5th ed. Westminster, Colo: Reed Group; 2005:867-9.
3. Liedberg G. Women with fibromyalgia; Work and rehabilitation. Disabil Rehabil. 2005;27(12)(May 2014): 685-95.
4. Knoche K, Socheret R, Hudson K. Promocija zdravega dela za delavce s kroničnimi boleznimi; vodnik po dobrih praksah. European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP. 2012.
5. Conroy M. Supporting an Injured Worker Return to Work.: 1-166.
6. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Barker K. A synthesis of qualitative research exploring the barriers to staying in work with chronic musculoskeletal pain. Disabil Rehabil. 2016;38(6):566-72.

