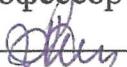


**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
специалист психиатр  
Департамента здравоохранения  
города Москвы,  
д.м.н., профессор

  
\_\_\_\_\_ Г.П. Костюк  
«10» АВГУСТА 2025 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № 43



«05» СЕНТЯБРЯ 2025 г.

**ДИАГНОСТИКА ФИБРОМИАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ С  
НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Методические рекомендации № 64

Москва  
2025

**УДК 616.89**  
**ББК 56.14**  
**Т83**

**Организация-разработчик:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы

**Авторы-составители:**

Тумуров Д.А., к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению боли и соматоформных расстройств ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Журавлёв Д.В., к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению пароксизмальных состояний и диссомний при пограничных психических расстройствах ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Зинчук М.С., к.м.н., руководитель кризисного суицидологического отдела ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Кустов Г.В., научный сотрудник кризисного суицидологического отдела ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Брызгалова Ю.Е., научный сотрудник кризисного суицидологического отдела ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Акжигитов Р.Г., к.м.н., заместитель директора ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

Гехт А.Б., д. м. н., профессор, член-корр. РАН, директор ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ

**Рецензенты:**

Б.Д. Цыганков – д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

А.Я. Басова – к.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Диагностика фибромиалгии у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами: методические рекомендации / сост.: Д. А. Тимуров, Д. В. Журавлева, М. С. Зинчук [и др.]. – М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2025. – 43 с.

Методические рекомендации адресованы научным сотрудникам научно-практических (исследовательских) организаций, специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, участвующих в создании различных вариантов методической продукции.

Данные методические рекомендации разработаны в ходе выполнения научно-исследовательской работы «Хронические болевые синдромы у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами: распространенность, факторы риска и возможности лечения».

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения*

**ISBN:**

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2025

© Коллектив авторов, 2025

## СОДЕРЖАНИЕ:

<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....</b>	<b>5</b>
<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....</b>	<b>6</b>
<b>1. ВСТУПЛЕНИЕ .....</b>	<b>7</b>
<b>2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОМИАЛГИИ.....</b>	<b>8</b>
<b>3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ФИБРОМИАЛГИИ.....</b>	<b>10</b>
<b>4. ФИБРОМИАЛГИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА .....</b>	<b>13</b>
<b>5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФИБРОМИАЛГИИ .....</b>	<b>14</b>
<b>6. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ .....</b>	<b>16</b>
<b>7. ДИАГНОСТИКА ФИБРОМИАЛГИИ .....</b>	<b>18</b>
<b>8. СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОМИАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСВАМИ.....</b>	<b>20</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>22</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>23</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....</b>	<b>27</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....</b>	<b>33</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....</b>	<b>36</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....</b>	<b>37</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....</b>	<b>40</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....</b>	<b>41</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....</b>	<b>42</b>

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

ГОСТ 2.105-95 Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам

ГОСТ 7.9-95 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования

ГОСТ 7.0-99 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения

ГОСТ ИСО 8601-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление дат и времени. Общие требования

ГОСТ Р 7.0.12-2011 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов и словосочетаний на русском языке. Общие требования и правила

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

**Боль** – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения.

**Интенсивность боли** – основная составляющая характеристика тяжести боли, испытываемой и описываемой пациентом.

**Коморбидность** – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом.

**Непсихотические психические расстройства** – группа психических расстройств, объединяющаяся неспецифическими психопатологическими проявлениями невротического уровня. В их возникновении и декомпенсации основное место занимают психогенные факторы.

**Ноцицептивная боль** – боль, возникающая при поражении тканей и являющаяся следствием активации ноцицепторов.

**Ноципластическая (дисфункциональная) боль** – боль, которая возникает из-за измененной ноцицепции, несмотря на отсутствие явных признаков повреждения ткани, вызывающего активацию ноцицепторов или доказательств заболевания или повреждения соматосенсорной системы, вызывающих нейропатическую боль.

**Фибромиалгия** – это заболевание, характеризующееся сочетанием хронического распространенного болевого синдрома и широкого спектра ассоциированных симптомов, таких как утомляемость, нарушения сна, когнитивные нарушения, утренняя скованность, эмоциональные расстройства.

**Хроническая боль** — боль, которая формируется при длительном болевом воздействии – сверхнормального периода заживления (3 мес.). В формировании хронической боли доминируют церебральные системы с вовлечением интегративных неспецифических (моноаминергических) систем ЦНС.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АНА – антинуклеарные антитела  
АЦЦП – антитела к циклическому цитруллинированному пептиду  
АТФ – аденозинтрифосфат  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ГГН-ось – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось  
ИМТ – индекс массы тела  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство  
РФ – ревматоидный фактор  
СКВ – системная красная волчанка  
СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
СРБ – С-реактивный белок  
Т4 – тироксин  
ТТГ – тиреотропный гормон  
фМРТ – функциональная МРТ  
ЦНС – центральная нервная система  
ACR – Американская коллегия ревматологов (American College of Rheumatology)  
CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Центры по контролю и профилактике заболеваний, США)  
FAS – Fibromyalgia Activity Score (Шкала активности фибромиалгии)  
FiRST – Fibromyalgia Rapid Screening Tool (Опросник для скрининга фибромиалгии)  
FIQR – Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии)  
GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder-7 (опросник для скрининга генерализованного тревожного расстройства)  
IL-6, IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  – интерлейкины и фактор некроза опухоли (биомаркеры воспаления)  
MASQ – Multiple Ability Self-Report Questionnaire (опросник самооценки когнитивных функций)  
NMDA – N-метил-D-аспартат (тип глутаматных рецепторов).  
PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9 (опросник здоровья пациента для скрининга депрессии)  
SSS – Шкала тяжести симптомов (Symptom Severity Scale)  
Stroop Color-Word Test – тест Струпа на когнитивный контроль  
Trail Making Test (ТМТ) – тест на переключение внимания  
WPI – Индекс распространенности боли (Widespread Pain Index)

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Фибромиалгия — это хроническое заболевание, которое характеризуется диффузной мышечно-скелетной болью, повышенной чувствительностью в определенных точках, а также целым комплексом сопутствующих симптомов. К ним относятся утомляемость, нарушения сна, когнитивные дисфункции и эмоциональные расстройства [1, 37]. Несмотря на значительный прогресс в изучении данной патологии, диагностика фибромиалгии по-прежнему представляет собой сложную задачу. Это особенно актуально для пациентов, страдающих от непсихотических психических расстройств, такими как тревожные, депрессивные и связанные со стрессом расстройства [19, 74]. Сложность диагностики обусловлена схожестью клинических проявлений, взаимным влиянием соматических и психических симптомов, а также высокой коморбидностью с функциональными и аффективными расстройствами. Эти факторы создают значительные трудности для своевременного выявления фибромиалгии, что, в свою очередь, нередко приводит к запоздалой диагностике и длительному периоду неадекватного лечения [20].

Актуальность данной проблемы объясняется не только высокой распространенностью фибромиалгии, но и частым сочетанием этого заболевания с психическими расстройствами [11, 40, 43]. У пациентов, имеющих оба этих состояния, болевой синдром и эмоционально-аффективные нарушения формируют порочный круг, который усугубляет течение обоих состояний [4, 19, 43, 75]. При этом недостаток знаний о патогенетических взаимосвязях и отсутствие четких алгоритмов для скрининга увеличивают риск диагностических и терапевтических ошибок, что в свою очередь может негативно сказаться на качестве жизни пациентов.

Цель данных методических материалов заключается в систематизации современных данных о клинических, патогенетических и диагностических аспектах фибромиалгии у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. В работе освещены ключевые вопросы, начиная от эпидемиологии и факторов риска и заканчивая спецификой коморбидных состояний и когнитивных нарушений. Особое внимание уделяется практическим рекомендациям по скрининговой диагностике и дифференциальному подходу, что поможет клиницистам (ревматологам, терапевтам, неврологам, психиатрам) своевременно распознавать фибромиалгию даже в сложных клинических случаях.

Методические рекомендации структурированы таким образом, чтобы последовательно раскрыть ключевые этапы диагностики фибромиалгии: от эпидемиологии и факторов риска фибромиалгии до анализа коморбидности с психическими расстройствами и алгоритмов дифференциальной диагностики. Включенные в текст клинические примеры, критерии диагностики и инструменты скрининга призваны облегчить интеграцию теоретических знаний в повседневную практику. Это особенно важно, учитывая разнообразие клинических проявлений и необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту.

Издание адресовано широкому кругу специалистов, включая врачей общей практики, неврологов, ревматологов, психиатров, психотерапевтов и студентов медицинских вузов. Все они могут столкнуться с необходимостью дифференциации фибромиалгии от других алгических феноменов у лиц с психическими расстройствами. Авторы надеются, что предложенные подходы послужат основой для повышения качества помощи пациентам с сочетанными расстройствами и, в конечном итоге, улучшения их качества жизни.

## 2. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОМИАЛГИИ

Фибромиалгия представляет собой один из наиболее распространенных хронических болевых синдромов, однако точная распространенность этого заболевания остается предметом активных научных дискуссий. Это объясняется отсутствием специфических биомаркеров, которые могли бы однозначно подтвердить наличие болезни, а также вариабельностью диагностических критериев, что затрудняет процесс диагностики. Кроме того, значительное пересечение симптоматики с другими соматическими и психическими расстройствами также вносит вклад в эту проблему.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), фибромиалгия наблюдается у 2-8% взрослого населения планеты [11, 40]. В развитых странах этот показатель колеблется в пределах 3-6%. Например, в США распространенность фибромиалгии составляет около 2-4%. В странах Западной и Северной Европы с высоким уровнем дохода (таких как Германия, Великобритания, скандинавские страны) показатели схожи — 2,5–5% [17, 58]. В отдельных регионах Азии и Южной Америки уровень заболеваемости варьируется от 1 до 3% [19]. Эти различия могут быть связаны не только с генетическими и экологическими факторами, но и с уровнем осведомленности медицинских работников, а также с культурными особенностями восприятия боли и здоровья в различных обществах [40].

Заболевание демонстрирует четкую гендерную аффинность: женщины страдают фибромиалгией в 3-7 раз чаще, чем мужчины [7, 40]. Распространенность фибромиалгии повышается с возрастом достигая 7,4% среди женщин в возрасте 70–79 лет и несколько снижаясь в более старших возрастных группах [20], хотя первые симптомы могут проявляться уже в молодом возрасте.

Распространенность фибромиалгии значительно возрастает среди лиц с непсихотическими психическими расстройствами. Например, среди пациентов с диагностированной фибромиалгией распространенность коморбидных депрессивных расстройств по некоторым данным может достигать 30–50%, а тревожных расстройств — 25–35% [43]. Это объясняется существующими патогенетическими механизмами, такими как дисфункция центральной сенситизации, нарушения в нейротрансмиссерном балансе (в частности, серотонина и норадреналина), а также воздействием хронического стресса на организм [32, 61].

Социо-демографические факторы, такие как низкий уровень дохода, отсутствие высшего образования, также оказались связаны с фибромиалгией [31]. Социальная изоляция, ограниченный доступ к медицинской помощи и высокий уровень стресса в повседневной жизни значительно увеличивают риск развития этого заболевания [21, 36]. Исследования показывают, что люди с низким социально-экономическим статусом (доход, образование и профессиональный уровень) имеют более высокую вероятность диагностики фибромиалгии по сравнению с группами, обладающими большими социально-экономическими ресурсами.

Важно отметить, что до 75% случаев фибромиалгии остаются недиагностированными [11]. Особенно это касается групп с коморбидной психической патологией. Пациенты часто получают менее точные диагнозы, такие как «хроническая боль неясного генеза», «психогенная боль» или «соматизированное расстройство», что приводит к неадекватному лечению. Стигматизация хронической боли и тенденция сводить необъяснимые соматические симптомы исключительно к психогенным в клинической практике также способствуют позднему обращению пациентов за медицинской помощью.

Фибромиалгия часто ассоциирована с другими хроническими состояниями, таким как синдром раздраженного кишечника (40-70%), мигрень (35-50%), ревматоидный артрит (15-25%) и различные аутоиммунные заболевания [11, 14, 16]. Наличие таких

сопутствующих заболеваний значительно усложняет процесс дифференциальной диагностики и требует междисциплинарного подхода не только при установке диагноза, но и при лечении и уходе за пациентами.

Высокая распространенность фибромиалгии, особенно среди пациентов с психическими расстройствами, подчеркивает необходимость повышения настороженности врачей в отношении этого состояния. Учет гендерных, возрастных и социокультурных факторов, а также интеграция скрининговых методов в рутинную медицинскую практику могут существенно сократить количество диагностических ошибок. В следующей главе будут рассмотрены современные представления о патогенезе фибромиалгии, что станет основой для более глубокого понимания ее связи с психической патологией.

### 3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ДЕТЕРМИНАНТЫ РИСКА ФИБРОМИАЛГИИ

Патогенез фибромиалгии представляет собой сложную мультифакториальную проблему, объединяющую генетические, нейробиологические, иммунные, эндокринные и психосоциальные аспекты. Это системное расстройство центральной обработки боли (ноципластическая боль) возникает вследствие взаимодействия врожденной предрасположенности и средовых триггеров, приводя к феномену центральной сенситизации. Факторы риска тесно переплетены с патогенетическими механизмами, определяя вероятность развития и тяжесть течения заболевания. Понимание этой взаимосвязи критически важно для профилактики, ранней диагностики и персонализированной терапии.

**Генетическая предрасположенность** является фундаментальным звеном как патогенеза, так и риска. Семейные и близнецовые исследования подтверждают наследственный компонент: риск у ближайших родственников пациентов повышается в 8–10 раз [9]. Молекулярно-генетические исследования выявили ассоциации с полиморфизмами ключевых генов:

- Ген SLC6A4 (транспортер серотонина): Мутации приводят к снижению транспорта серотонина, нарушая обработку боли и эмоций, повышая болевую чувствительность [23, 41, 47].
- Ген COMT (катехол-О-метилтрансфераза): Снижение активности фермента (особенно вариант Val158Met) усиливает болевую чувствительность через дисрегуляцию дофамин [23, 47].
- Ген OPRM1 ( $\mu$ -опиоидный рецептор): Мутации снижают эффективность эндогенных опиоидных обезболивающих систем, повышая уязвимость к хронической боли [23, 47].

**Центральная сенситизация** – ключевой патогенетический механизм, характеризующийся гипервозбудимостью нейронов центральной нервной системы (ЦНС) и нарушением нисходящего тормозного контроля боли. Это проявляется аллодинией (боль в ответ на неболевые стимулы) и гипералгией (усиленное восприятие боли) [25, 42, 72]. В основе лежат:

- Нейропластичность и структурные изменения мозга: Уменьшение объема серого вещества в префронтальной коре и островковой доле, регионах, ответственных за когнитивную оценку и эмоциональную реакцию на боль [25].
- Дисфункция нисходящих антиноцицептивных систем: Снижение активности серотонинергических, норадренергических и опиоидных путей (включая нарушение функции, связанное с OPRM1) ослабляет эндогенное подавление боли [34].
- Нейровоспаление: Активация глиии (астроцитов и микроглии) в ЦНС приводит к усиленному синтезу провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- $\alpha$ , IL-8, IL-1 $\beta$ ), поддерживающих гипервозбудимость нейронов и хроническую боль [8, 50].

**Нейротрансмиттерный дисбаланс** напрямую связан с симптоматикой:

- Дефицит серотонина: Усиливает боль, тревогу, депрессию и расстройства сна [34].
- Снижение норадреналина: Нарушает адаптацию к стрессу и ослабляет нисходящее торможение боли [34].
- Дисрегуляция дофамина: Способствует утомляемости, апатии и когнитивным нарушениям («фибромиалгический туман») [34].

- Избыток глутамата: Повышенный уровень в спинномозговой жидкости активирует NMDA-рецепторы, усиливая центральную сенситизацию и передачу болевых сигналов [57].

**Дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси и роль стресса** являются критическим связующим звеном между факторами риска и патогенезом. Хронический стресс (ключевой модифицируемый фактор риска) запускает каскад изменений [13, 43]:

- Нарушение реакции на стресс: Характеризуется снижением базального уровня кортизола при гиперреактивности на острые стрессоры [64].
- Эпигенетические модификации: Гиперметилирование генов, регулирующих стресс-ответ (например, FKBP5), может закреплять дисфункцию ГГН-оси и повышать уязвимость к фибромиалгии [73].
- Детские травмы (физическое, эмоциональное, сексуальное насилие): Выступают мощным фактором риска (до 5-кратного увеличения), способствуя долговременным изменениям ГГН-оси и психическим расстройствам, которые взаимно усиливают фибромиалгию [16, 31].

**Психосоциальные факторы и психические расстройства** – значимые факторы риска и компоненты патогенеза:

- Депрессия и тревожные расстройства: Увеличивают риск развития фибромиалгии в 2–3 раза [26, 75] и являются частыми коморбидными состояниями [19, 31, 46]. Боль и аффективные расстройства взаимно усиливаются: хроническая боль активирует лимбическую систему (эмоциональный "центр"), а тревога/депрессия снижают болевой порог.
- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Повышает риск на 30–40% [43].
- Соматизация: Трансформация неразрешенных эмоциональных конфликтов в физические симптомы является важным патогенетическим аспектом [60].
- Нарушения сна: Являются предиктором развития фибромиалгии [59] и ключевым патогенетическим фактором. Дефицит глубоких стадий сна нарушает восстановление ЦНС, усугубляет боль, усталость и когнитивные нарушения, формируя порочный круг [18].

#### **Иммунные и воспалительные аспекты**

- Хотя фибромиалгия не является классическим воспалительным заболеванием, отмечается:
- Периферическое воспаление: Повышение уровня провоспалительных цитокинов (IL-8, IL-1 $\beta$ ) в сыворотке [8].
- Активация врожденного иммунитета: Вовлечение Toll-подобных рецепторов (TLRs) [8, 54].
- Связь с аутоиммунными патологиями: Наличие ревматоидного артрита, системной красной волчанки или синдрома Шегрена является фактором риска развития фибромиалгии [10, 14, 16, 30], предполагая общие иммунологические триггеры или патогенетические пути центральной сенситизации [51].

#### **Демографические и физиологические факторы риска:**

- Женский пол: Женщины болеют в 3–7 раз чаще мужчин [13, 58], что связывают с влиянием эстрогенов на модуляцию боли и нейротрансмиттерных систем.
- Возраст: Пик заболеваемости 30-50 лет, хотя дебют возможен в подростковом возрасте [13, 58].
- Ожирение (ИМТ  $\geq 30$ ): Увеличивает риск на 60% за счет провоспалительных адипокинов, секретируемых жировой тканью, и усугубляет симптоматику [13, 24].
- Сопутствующие заболевания: Наличие других хронических болевых синдромов (мигрень, хроническая тазовая боль, синдром раздраженного кишечника) [10, 14, 16, 55] и эндокринных нарушений (гипотиреоз) [29] являются факторами риска и маркерами системной дисрегуляции сенсорной обработки.

**Коморбидные расстройства: фактор риска и проявление общих патогенетических механизмов.**

- Наличие коморбидных состояний (аутоиммунные заболевания, хронические болевые синдромы, психические расстройства, ожирение) не только повышает риск, но и отражает общие лежащие в основе механизмы центральной сенситизации и системной дисрегуляции [10, 14, 16, 26, 45].

Патогенез фибромиалгии формируется сложной сетью взаимодействий генетической предрасположенности, центральной сенситизации и нейротрансмиттерного дисбаланса, которые модулируются дисфункцией ГН-оси на фоне хронического стресса и усугубляются иммунными сдвигами и психосоциальными факторами. Факторы риска, такие как женский пол, возраст, психические расстройства, детские травмы, ожирение и коморбидные расстройства, либо создают условия для реализации этой патогенетической сети, либо сами являются ее проявлениями. Понимание этой интегративной модели подчеркивает системный характер фибромиалгии, выходящий за рамки чисто соматического или психогенного взгляда, и обосновывает необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и лечению, охватывающего области ревматологии, неврологии, психиатрии, психологии и реабилитации. Также это понимание указывает на цели профилактики, такие как коррекция модифицируемых факторов риска, включая стресс, ожирение, нарушения сна и психические расстройства. Кроме того, оно позволяет выделить группы риска для раннего скрининга, например, пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, хроническими болевыми синдромами, аутоиммунными заболеваниями, отягощенным семейным анамнезом и историей детских травм. Наконец, это диктует необходимость персонализированной терапии, направленной на конкретные звенья патогенеза и профиль факторов риска у данного пациента. Таким образом, интеграция знаний о патогенезе и факторах риска фибромиалгии создает основу для комплексного понимания заболевания как биопсихосоциального феномена и перехода к эффективным стратегиям ведения пациентов, которые будут детально рассмотрены в следующих разделах, посвященных клинической картине и диагностике.

#### 4. ФИБРОМИАЛГИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Коморбидность между фибромиалгией и психическими расстройствами подтверждается обширными исследованиями. Статистические данные показывают, что депрессивные расстройства встречаются у 30–50% пациентов [43, 46], страдающих от фибромиалгии. Генерализованное тревожное расстройство диагностируется у 25–35% таких пациентов, тогда как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) встречается у до 20% больных [43]. Кроме того, соматоформные расстройства наблюдаются у 15–30% пациентов с фибромиалгией [26, 60]. У пациентов с первичным психическим диагнозом риск развития фибромиалгии повышается в 2–3 раза, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению.

Клиническая картина коморбидного течения фибромиалгии характеризуется следующими особенностями. Сочетание фибромиалгии и психических расстройств приводит к усилению болевого синдрома: аллодиния и гипералгезия выражены более значительно на фоне тревожных или депрессивных состояний. Утяжеление аффективных симптомов, таких как хроническая боль, может провоцировать чувство безнадежности и даже суицидальные мысли. Соматизация проявляется в недифференцированных симптомах, таких как головокружение и сердцебиение, что может маскировать основное заболевание. Когнитивные нарушения, известные как «фибромиалгический туман», включают проблемы с памятью и концентрацией внимания, которые усиливаются при сопутствующих тревожно-депрессивных расстройствах.

Диагностические сложности, возникающие в процессе работы с пациентами, также являются значительным препятствием. Перекрывание симптомов затрудняет дифференциацию различных состояний. Общие проявления, такие как усталость, нарушения сна и снижение аппетита, могут быть как следствием фибромиалгии, так и психических расстройств. Ловушки диагностики также могут привести к неверным выводам: депрессия может трактоваться как реакция на хроническую боль, а соматоформные расстройства могут быть ошибочно приняты за «психогенную» фибромиалгию.

Для успешного ведения пациентов с фибромиалгией рекомендуется использовать валидированные опросники, такие как PHQ-9 и GAD-7, для скрининга психических расстройств [2, 6, 39, 45]. Также важно учитывать так называемые «красные флаги» — резкое усиление боли на фоне стресса, множественные соматические жалобы без органической основы, которые могут указывать на наличие сложных взаимосвязей между состояниями [48].

Таким образом, фибромиалгия и психические расстройства образуют порочный круг, разорвать который возможно только при комплексном подходе. Учет коморбидности, ранняя диагностика и персонализированная терапия способны значительно улучшить качество жизни пациентов. В следующих главах будут детально рассмотрены методы диагностики и коррекции, акцентирующие внимание на особенностях работы с сочетанной патологией.

Примечание: В Приложении 7 представлены клинические примеры, иллюстрирующие типичные сценарии коморбидного течения фибромиалгии и психических расстройств, а также алгоритмы их дифференциальной диагностики.

## 5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФИБРОМИАЛГИИ

Фибромиалгия представляет собой сложное заболевание, которое проявляется не только в виде выраженного болевого синдрома, но и в виде широкого спектра различных симптомов. Эти проявления выходят за рамки классического представления о болевом состоянии и могут имитировать симптомы других заболеваний. Это создает серьезные трудности для диагностики. В данной главе мы рассмотрим основные и сопутствующие симптомы фибромиалгии, а также их взаимосвязь с коморбидными состояниями.

### **Основные симптомы**

Хроническая диффузная боль является ключевым симптомом фибромиалгии [1, 5, 38]. Боль имеет несколько характерных особенностей. Локализация боли симметрична и может охватывать все квадранты тела, включая верхние и нижние конечности, а также такие зоны, как шея, плечи, поясница и бедра. Характер боли может варьироваться от ноющей и жгучей до более редких стреляющих ощущений. Длительность болевого синдрома составляет не менее трех месяцев, что соответствует критериям, установленным Американским колледжем ревматологии (ACR) в 2016 году [69]. Важно отметить такие феномены, как аллодиния, когда даже легкое прикосновение вызывает боль, и гипералгезия, проявляющаяся усиленной реакцией на болезненные стимулы.

Повышенная чувствительность триггерных точек, хотя и не является обязательным критерием по современным стандартам ACR, остается важным инструментом диагностики. Классические 18 триггерных точек, расположенные в таких областях, как затылок, трапеции, надлопаточная область и поясничный отдел, вызывают боль у 70–80% пациентов [28].

### **Сопутствующие симптомы**

Сопутствующие симптомы фибромиалгии включают усталость, нарушения сна и когнитивные нарушения. Усталость наблюдается у 90% пациентов и может быть описана как не проходящая после отдыха, что затрудняет выполнение повседневных дел [38]. Исследования показывают, что это может быть связано с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нарушением метаболизма аденозинтрифосфата (АТФ) в мышцах [61].

Нарушения сна у пациентов с фибромиалгией могут проявляться в трудностях засыпания, частых пробуждениях и альфа-дельта-сне, когда альфа-ритм проникает в глубокие стадии сна [54]. Эти нарушения нередко приводят к утренней скованности и усилению болевых ощущений. Когнитивные нарушения, часто называемые «фибромиалгическим туманом», могут включать снижение концентрации внимания, проблемы с кратковременной памятью и замедленное мышление. Исследования указывают на возможные причины этих нарушений, включая гипоперфузию префронтальной коры и дисбаланс глутамата [38].

### **Дополнительные проявления**

К числу дополнительных проявлений фибромиалгии относятся вегетативная дисфункция, психосоматические симптомы и эмоционально-аффективные нарушения. Вегетативные расстройства могут проявляться в виде ортостатической тахикардии, кишечных спазмов и синдрома Рейно, который наблюдается у 25–30% пациентов [12, 62, 65]. Психосоматические симптомы, ассоциированные с фибромиалгией, включают в себя головную боль напряжения, которая встречается у 60% больных, а также парестезии, проявляющиеся как «мурашки» или онемение без явной неврологической основы [55].

Эмоционально-аффективные нарушения, включая тревожность и раздражительность, также играют важную роль в клинической картине фибромиалгии. Эти симптомы часто связаны с ожиданием усиления боли и могут значительно ухудшать качество жизни.

Фибромиалгия часто сопровождается различными функциональными расстройствами. Примером может служить синдром раздраженного кишечника, который наблюдается у 40–70% пациентов, а также мигрень, встречающаяся у 35–50% больных. Интерстициальный цистит и височно-нижнечелюстная дисфункция также являются распространенными сопутствующими состояниями, встречающимися у 20–30% и 25% пациентов соответственно [11, 14, 16]. Синдром беспокойных ног наблюдается у 15–20% больных [71].

#### **Вариабельность симптомов**

Симптомы фибромиалгии могут значительно варьироваться в зависимости от различных триггеров. Они могут усиливаться под воздействием стресса, изменения погоды, физического перенапряжения и гормональных колебаний, таких как менструация и менопауза. Это создает дополнительные сложности в управлении заболеванием и требует внимательного подхода к каждому пациенту [38].

#### **«Красные флаги» для дифференциальной диагностики**

Важно также учитывать «красные флаги» в процессе дифференциальной диагностики [38]. Необходимо исключать воспалительные заболевания, такие как ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит, эндокринные нарушения, такие как гипотиреоз, и неврологические патологии, такие как рассеянный склероз. Наличие утренней скованности, припухлости суставов, повышения тиреотропного гормона (ТТГ) или очаговой симптоматики на магнитно-резонансной томографии (МРТ) может указывать на необходимость дополнительного диагностического поиска [48].

Клинические проявления фибромиалгии разнообразны и требуют интегративной оценки. Основными ориентирами остаются хроническая диффузная боль, аллодиния, а также сочетание с неспецифическими симптомами, такими как усталость и когнитивные нарушения. Учет коморбидности и триггерных факторов позволяет избежать гипердиагностики и способствует назначению персонализированной терапии. В следующей главе будут детально рассмотрены методы дифференциальной диагностики и алгоритмы ведения пациентов.

Примечание: В Приложениях 4,5,6 приведены шкалы для оценки тяжести симптомов (FIQR, FAS), а также примеры дневников боли, которые могут быть рекомендованы для мониторинга состояния пациентов.

## 6. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Когнитивные нарушения, часто описываемые пациентами как «фибромиалгический туман», представляют собой один из наиболее инвалидизирующих симптомов фибромиалгии. Эти нарушения значительно снижают качество жизни и затрудняют выполнение профессиональных обязанностей и социальную адаптацию [63]. В данной главе будут рассмотрены механизмы, клинические особенности и методы коррекции когнитивного дефицита, возникающего при фибромиалгии.

### **Клинические проявления**

Пациенты с фибромиалгией часто сообщают о следующих когнитивных нарушениях:

- Снижение концентрации внимания — это проявляется в трудностях при выполнении задач, требующих значительной фокусировки, таких как чтение текстов или управление транспортным средством.
- Нарушения рабочей памяти — пациенты могут столкнуться с забывчивостью, что выражается в потере ключей или пропуске важных встреч.
- Замедление скорости обработки информации — у таких пациентов возникают сложности в принятии решений, они могут «зависать» во время разговора.
- Дезориентация — это может проявляться в временной потере ощущения времени или места.

Следует отметить, что симптомы когнитивных нарушений могут усиливаться при физических или эмоциональных перегрузках, таких как усталость, стресс или обострение болевого синдрома. Исследования показывают, что у 60–80% пациентов когнитивные нарушения имеют умеренный характер, однако у 20% из них они становятся значительным ограничением в повседневной жизни [38, 63].

### **Патогенетические механизмы**

Когнитивные нарушения имеют сложные патогенетические механизмы, которые можно разделить на нейробиологические и психологические факторы.

Нейробиологические факторы:

- Дисфункция префронтальной коры и гиппокампа: исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) показывают снижение кровотока в дорсолатеральной префронтальной коре (ДЛПФК), что связано с ухудшением когнитивных функций. Уменьшение объема серого вещества в гиппокампе, который отвечает за память, также подтверждает наличие нарушений [22, 34].
- Нейротрансмиттерный дисбаланс: дефицит серотонина и норадреналина нарушает синаптическую пластичность, что негативно сказывается на когнитивных процессах. В то же время избыток глутамата приводит к эксайтотоксичности, что усугубляет когнитивные нарушения [57].
- Нейровоспаление: повышенный уровень провоспалительных цитокинов, таких как IL-1 $\beta$  и IL-6, оказывает влияние на нейрогенез, что также может способствовать ухудшению когнитивных функций [8, 35].

Психологические факторы:

- Хроническая боль отвлекает когнитивные ресурсы, истощая внимание и снижая возможность сосредоточиться на других задачах.
- Депрессия и тревога могут усугублять нарушения памяти и концентрации, создавая замкнутый круг, в котором когнитивные нарушения вызывают эмоциональные расстройства, а последние, в свою очередь, усиливают когнитивные проблемы.

### **Методы оценки когнитивного дефицита**

Для оценки когнитивного дефицита применяются различные подходы, включая нейропсихологические тесты и опросники.

Нейропсихологические тесты:

- Trail Making Test (частьВ) позволяет оценить скорость переключения внимания [59, 60].
- Stroop Color-Word Test (тест Струпа) используется для выявления ингибиторного контроля [63].

Опросник:

- Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ) позволяет осуществить самооценку памяти, внимания и речевых навыков [67].

### **Дифференциальная диагностика**

Когнитивные нарушения при фибромиалгии важно отличать от других состояний, таких как синдром хронической усталости, где доминирует физическое истощение, или депрессии, при которой преобладают апатия и ангедония [38, 71]. Также необходимо учитывать нейродегенеративные заболевания, такие как ранние стадии деменции, при которых на МРТ могут быть обнаружены структурные изменения.

### **Критерии фибромиалгического тумана:**

- Обратимость симптомов может наблюдаться при снижении болевого синдрома и уровня стресса.
- Отсутствие прогрессирования когнитивных нарушений.
- Наличие связи с эмоциональным состоянием пациентов.

Когнитивные нарушения при фибромиалгии являются следствием комплексного воздействия нейробиологических и психологических факторов. Для их коррекции требуется интеграция фармакотерапии, когнитивных тренировок и модификации образа жизни. Ранняя диагностика и индивидуализированный подход к лечению могут существенно минимизировать влияние «фибромиалгического тумана» на повседневную активность пациента. В следующей главе будут рассмотрены современные алгоритмы диагностики фибромиалгии, включая дифференциальный подход у пациентов с сопутствующими психическими расстройствами.

## 7. ДИАГНОСТИКА ФИБРОМИАЛГИИ

Диагностика фибромиалгии является сложной задачей для медицинских специалистов. Это связано с отсутствием специфических биомаркеров, которые могли бы подтвердить это заболевание, а также с заметным перекрытием симптомов фибромиалгии с другими соматическими и психическими расстройствами [5, 38]. В современных подходах к диагностике акцент сделан на клинических критериях, исключении коморбидной патологии и учете психосоциальных факторов [28]. В данной главе подробно рассматриваются ключевые этапы диагностики фибромиалгии, включая дифференциальный анализ и инструменты скрининга, что поможет повысить точность диагностики и улучшить качество жизни пациентов.

### **Диагностические критерии (ACR 2016)**

В 2016 году Американская коллегия ревматологов (ACR) существенно модифицировала критерии диагностики фибромиалгии [69]. Основное внимание теперь уделяется полисимптомному болевому синдрому, что позволяет более точно отражать многообразие проявлений этого состояния. Основные параметры, на которые следует обращать внимание, включают:

1. Распространенная боль в течение трех месяцев, охватывающая не менее четырех из пяти регионов тела, включая верхние и нижние конечности, а также аксиальную зону.
2. Индекс распространенности боли (WPI), который варьируется от 0 до 19 баллов, при этом каждый болезненный регион оценивается в 1 балл.
3. Шкала тяжести симптомов (SSS) с диапазоном от 0 до 12 баллов, которая позволяет оценить такие параметры, как усталость, когнитивные нарушения и качество сна. Дополнительно возможны +3 балла за наличие таких симптомов, как головная боль, депрессия или абдоминальные спазмы.

Диагноз фибромиалгии считается подтвержденным в следующих случаях:

- WPI равен 7 и SSS равен 5 или выше.
- WPI находится в диапазоне 4–6, а SSS равно 9 или выше.

Среди отличий от критериев ACR 1990 следует отметить, что обязательная пальпация 11 из 18 триггерных точек была исключена, а также теперь учитываются когнитивные и психосоматические симптомы.

### **Дифференциальная диагностика**

Диагностика фибромиалгии требует тщательной дифференциации с рядом других заболеваний. К ним относятся:

- Ревматоидный артрит: Характеризуется утренней скованностью, превышающей один час, припухлостью суставов и повышением ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическим цитрулированным пептидам (АЦЦП) и уровня С-реактивного белка (СРБ). Для его исключения применяются рентгенографические и ультразвуковые исследования суставов, анализы на АЦЦП и РФ [51].
- Гипотиреоз: Симптомы включают сухость кожи, увеличение щитовидной железы (зоб) и изменения в уровнях ТТГ и Т4. Для подтверждения гипотиреоза требуется анализ на уровень ТТГ и свободного Т4 [29].
- Полимиалгия ревматическая: Проявляется болями в проксимальных отделах тела, таких как плечи и бедра, и чаще наблюдается у пациентов старше 50 лет. Важным диагностическим критерием является резкое повышение СОЭ. Ревматическая полимиалгия подтверждается анализами на СОЭ и СРБ, а также ответом на низкие дозы глюкокортикоидов [30, 70].

- Депрессивное расстройство: при депрессии доминируют такие симптомы, как ангедония, чувство вины и суицидальные мысли. Психиатрическое тестирование, включая опросники PHQ-9 и шкалу Бека, помогает в дифференциации [39, 45, 52].
- Синдром хронической усталости/миалгический энцефаломиелит: Характеризуется доминированием физического истощения и обязательным наличием постнагрузочного недомогания, при котором минимальные усилия приводят к резкому ухудшению состояния. Боль может присутствовать, но не является первичным симптомом. Для диагностики применяются критерии Института медицины США (2015) [15, 33].

#### **Алгоритм обследования**

Этап 1. Клиническая оценка включает в себя сбор анамнеза, который должен охватывать длительность и связь боли со стрессом, а также семейный анамнез фибромиалгии. Объективный осмотр может помочь выявить триггерные точки, хотя это является дополнительным методом. Важно также провести скрининг психических расстройств с помощью опросников PHQ-9 и GAD-7 [38, 39, 45, 68].

Этап 2. Лабораторные и инструментальные тесты включают общий анализ крови, СОЭ и СРБ для исключения воспалительных процессов, а также анализы на ТТГ и свободный Т4 для исключения гипотиреоза. Дополнительные тесты могут потребоваться в случае подозрения на коморбидность, включая анализы на АЦЦП и РФ при возможном ревматоидном артрите или антинуклеарные антитела (АНА) при подозрении на системную красную волчанку (СКВ) [68].

Этап 3. Подтверждение диагноза осуществляется с применением критериев ACR 2016, а также заполнением шкал FIQR и FAS для оценки тяжести заболевания [49, 53, 68].

#### **Ошибки диагностики**

Существуют различные ошибки, которые могут возникнуть в процессе диагностики фибромиалгии. Одной из них является гипердиагностика, когда психосоматические жалобы интерпретируются как фибромиалгия без исключения органической патологии [27]. Гиподиагностика также является проблемой, когда боли у пациентов с депрессией игнорируются, и симптомы списываются на психическое расстройство [52]. Наконец, недооценка коморбидности может привести к пропуску аутоиммунных или эндокринных заболеваний, которые могут имитировать симптомы фибромиалгии [25].

#### **Особенности диагностики при коморбидных психических расстройствах**

В случае наличия коморбидных психических расстройств рекомендуется использовать шкалы для оценки боли и психического состояния параллельно. Учитывать обострение боли на фоне тревожных расстройств или депрессии также важно, поскольку это может служить маркером фибромиалгии. Необходимо избегать ловушек, таких как атрибуция всех симптомов исключительно "психогенному" фактору без тщательной проверки критериев ACR [66, 68].

Диагностика фибромиалгии требует комплексного подхода, сочетающего клинические критерии, лабораторное исключение коморбидных заболеваний и оценку психоэмоционального статуса. Особое внимание следует уделять пациентам с непсихотическими психическими расстройствами, у которых симптомы могут маскироваться или усиливаться. В следующей главе будут подробно рассмотрены методы скрининговой диагностики фибромиалгии в этой сложной группе.

Примечание: В Приложении 2 для углубленного изучения приведены диагностические критерии фибромиалгии ACR 2016.

## 8. СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОМИАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСВАМИ

Процесс диагностики фибромиалгии затруднен из-за наложения симптомов различных расстройств. Например, при депрессии пациенты часто отмечают усталость и нарушения сна, тогда как тревожные расстройства могут вызывать мышечное напряжение и соматические жалобы. Кроме того, субъективная оценка боли может варьироваться: пациенты с тревогой склонны преувеличивать свои симптомы, в то время как страдающие депрессией могут их минимизировать.

Для эффективного скрининга рекомендуется использовать следующие инструменты:

1. Модифицированные критерии ACR 2016, акцентирующие внимание на распространенности боли и шкале тяжести симптомов (SSS). У пациентов с психическими расстройствами целесообразно снижать пороговые значения SSS на 1–2 балла [28].

2. Опросник для выявления фибромиалгии FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) разработан для скрининга фибромиалгии врачами всех специальностей. Это краткий и понятный инструмент, который оценивает основные симптомы фибромиалгии. Чувствительность русскоязычного варианта данного инструмента составляет 85%, а специфичность — 83% [3, 56, 74], что делает его эффективным для рутинного применения, хотя он не заменяет комплексную диагностику. Состоит из шести пунктов с инструкцией для пациента.

Охватывает ключевые аспекты фибромиалгии:

- Хроническая распространенная боль (п. 1)
- Общая слабость (п. 2)
- Качественные характеристики боли (п. 3)
- Неприятные ощущения в теле (п. 4)
- Функциональные синдромы (п. 5)
- Нарушения сна/когнитивные дисфункции (п. 6)

Формулировки избегают медицинской терминологии, фокусируясь на описании симптомов.

Ключевые преимущества:

- Экономия времени: заполнение  $\leq 1$  минуты, а врачу нужно лишь суммировать получившиеся баллы.
- Универсальность: позволяет заподозрить фибромиалгию врачам без специализации в ревматологии
- Выявление скрытых случаев: особенно эффективен при локальных жалобах, маскирующих генерализованную боль

3. Шкала FAS (Fibromyalgia Activity Score) позволяет интегрально оценить боль, усталость, качество сна и психологическое состояние пациента [56].

### Алгоритм скрининга

Процесс скрининга можно разбить на несколько ключевых этапов. На первом этапе важно выявить группы риска, что включает пациентов с депрессией или тревогой, которые жалуются на хроническую боль, усталость, не связанную с физической нагрузкой, и множественные соматические симптомы без органической основы [44]. На втором этапе проводится первичный скрининг с использованием FiRST-опросника, где 5 и более баллов указывает на наличие подозрений на фибромиалгию [74].

Третий этап включает углубленную диагностику на основе критериев ACR 2016, а также исключение коморбидных состояний через лабораторные тесты, такие как СОЭ и СРБ. Консультация ревматолога может быть необходима при подозрении на воспалительный процесс [38, 48].

Четвертый этап включает анализ взаимовлияния симптомов, что позволяет установить связь обострений боли с эмоциональным состоянием пациента и стрессовыми событиями.

#### **Рекомендации для клиницистов**

Для улучшения диагностики фибромиалгии важно интегрировать скрининг в рутинную практику. Использование FiRST при первичном обращении пациентов с психическими расстройствами позволит повысить эффективность выявления фибромиалгии [74]. Не менее важным является междисциплинарное взаимодействие, включая совместные консультации терапевта, ревматолога, невролога и психиатра [4, 38, 66]. Обучение пациентов также играет критическую роль. Следует разъяснять связь между эмоциональным состоянием и физической болью, а ведение дневника симптомов может помочь выявить триггеры, способствующие обострениям.

Таким образом, скрининговая диагностика фибромиалгии у пациентов, страдающих от непсихотических психических расстройств, представляет собой сложную задачу, требующую особого внимания к различным аспектам клинической картины. Симптомы фибромиалгии, такие как хроническая боль, усталость и нарушения сна, могут перекрываться с проявлениями депрессии и тревожных расстройств. Это перекрытие усложняет диагностику и может привести к неправильному лечению, что подчеркивает важность применения адаптированных инструментов для скрининга. Использование специализированных опросников и шкал, учитывающих как физические, так и психические симптомы, может быть весьма полезным.

Раннее выявление фибромиалгии играет критическую роль в управлении состоянием пациента. Оно позволяет прервать порочный круг, который часто формируется между болью, депрессией и тревогой. Этот круг может значительно ухудшить качество жизни, снижая функциональные возможности и увеличивая уровень стресса. Применение скрининговых методов и дальнейшая диагностика могут способствовать более эффективному вмешательству, что в свою очередь улучшает общий прогноз.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фибромиалгия, особенно в контексте сопутствующих непсихотических психических расстройств, представляет собой сложную клиническую задачу, требующую многофакторного подхода к диагностике и лечению. Многокомпонентность патогенеза этого состояния включает в себя генетическую предрасположенность, нейробиологические дисфункции, а также психосоциальные факторы, что обуславливает разнообразие симптомов и высокую коморбидность с такими расстройствами, как депрессия, тревога и соматоформные расстройства. Эти аспекты делают фибромиалгию особой областью интереса для медицинских специалистов.

Ключевые выводы данного пособия подчеркивают несколько важных моментов. Во-первых, диагностические сложности, возникающие из-за перекрывания симптомов фибромиалгии и психических расстройств, требуют тщательного дифференциального анализа. Симптомы, такие как усталость, нарушения сна и когнитивный дефицит, могут затруднять правильную интерпретацию клинической картины. Критерии Американского колледжа ревматологов (ACR) 2016 года и скрининговые опросники, такой как FiRST, служат основой для своевременного выявления фибромиалгии в группах риска.

Во-вторых, патогенетическая взаимосвязь между фибромиалгией и психическими расстройствами становится более ясной с учетом общих механизмов, таких как дисбаланс серотонина, центральная сенситизация и хронический стресс. Эти факторы объясняют взаимное усиление болевых ощущений и эмоционально-аффективных нарушений, что требует комплексного подхода к терапии.

Персонализированная терапия, основанная на комбинированном применении фармакотерапии (например, СИОЗСН, прегабалин) и немедикаментозных методов (когнитивно-поведенческая терапия, аэробные нагрузки), демонстрирует наибольшую эффективность. Учет коморбидности позволяет избежать полипрагмазии и улучшает приверженность лечению, что, в конечном итоге, влияет на результаты терапии.

Роль междисциплинарного подхода в управлении пациентами с фибромиалгией не может быть недооценена. Совместное ведение таких пациентов ревматологами, психиатрами и психотерапевтами способствует разрыву порочного круга «боль–депрессия–тревога». Обучение пациентов, включая ведение дневников и модификацию образа жизни, становится ключевым элементом долгосрочного управления заболеванием.

Перспективы и рекомендации для будущих исследований включают углубленное изучение биомаркеров фибромиалгии, таких как нейровоспаление и генетические профили, для объективизации диагноза. Также необходимо оценивать долгосрочные эффекты новых методов терапии, включая каннабидиол и нейромодуляцию. В клинической практике важно внедрение стандартизированных скрининговых протоколов для пациентов с психическими расстройствами, а также развитие образовательных программ для врачей, направленных на диагностику и лечение сочетанной патологии.

Фибромиалгия не является приговором, а представляет собой управляемое состояние. Ранняя диагностика, комплексная терапия и активное участие пациента могут значительно улучшить качество жизни даже в сложных клинических случаях. Это пособие может служить практическим руководством для врачей, стремящихся помочь пациентам преодолеть барьеры боли и эмоциональных нарушений, возвращая их к полноценной жизни. Важно помнить, что «самый важный шаг в лечении фибромиалгии — увидеть за симптомами человека, который в них нуждается».

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Давыдов О.С., Глебов М.В. Фибромиалгия // Российский журнал боли. 2020. № 3 (18). С. 66–74.
2. Золотарева А.А. Адаптация русскоязычной версии шкалы генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7) // Консультативная психология и психотерапия. 2023. № 4 (31). С. 31–46.
3. Насонова Т.И. [и др.]. Опросник для выявления фибромиалгии: лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2022. № 3 (20). С. 16–20.
4. НАСОНОВА Т.И. [и др.]. Психические расстройства у пациентов с фибромиалгией: психометрическая оценка тревоги, депрессии, соматизации и расстройств личности // Russian Journal of Pain. 2022. № 3 (20). С. 21–26.
5. Насонова Т.И., Парфенов В.А., Мухаметзянова А.Х. Типичная врачебная практика ведения пациентов с фибромиалгией // Consilium Medicum. 2022. № 11 (24). С. 796–799.
6. Погосова Н.В. [и др.]. Русскоязычная версия опросников РНQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. № 3 (13). С. 18–24.
7. Теплякова О.В. [и др.]. Фибромиалгия: клиническая картина и варианты заболевания // Современная ревматология. 2020. № 2 (14). С. 45–51.
8. Andrés-Rodríguez L. [и др.]. Peripheral immune aberrations in fibromyalgia: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. // Brain, behavior, and immunity. 2020. (87). С. 881–889.
9. Arnold L.M. [и др.]. Family study of fibromyalgia. // Arthritis and rheumatism. 2004. № 3 (50). С. 944–952.
10. Arnold L.M. [и др.]. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia // Journal of Pain. 2019. № 6 (20). С. 611–628.
11. Arnold L.M. [и др.]. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia // Journal of Pain. 2019. Т. 20. № 6. 611–628 с.
12. Arslan D., Ünal Çevik I. Interactions between the painful disorders and the autonomic nervous system. // Agri : Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin organidir = The journal of the Turkish Society of Algology. 2022. № 3 (34). С. 155–165.
13. Bazzichi L. [и др.]. Environmental factors and fibromyalgia syndrome: a narrative review. // Clinical and experimental rheumatology. 2024. № 6 (42). С. 1240–1247.
14. Bennett R.M. [и др.]. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. // BMC musculoskeletal disorders. 2007. (8). С. 27.
15. Bourke J. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: management issues. // Advances in psychosomatic medicine. 2015. (34). С. 78–91.
16. Branco J.C. [и др.]. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. // Seminars in arthritis and rheumatism. 2010. № 6 (39). С. 448–453.
17. Cabo-Meseguer A., Cerdá-Olmedo G., Trillo-Mata J.L. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. // Medicina clinica. 2017. № 10 (149). С. 441–448.
18. Catalá P. [и др.]. Pathological Cycle between Pain, Insomnia, and Anxiety in Women with Fibromyalgia and its Association with Disease Impact. // Biomedicines. 2023. № 1 (11).
19. Chang M.-H. [и др.]. Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. // The journal of pain. 2015. № 9 (16). С. 895–902.
20. Choy E. [и др.]. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. // BMC health services research. 2010. (10). С. 102.
21. Clauw D.J. Fibromyalgia: a clinical review // Jama. 2014. № 15 (311). С. 1547–1555.

22. Conde-Antón Á. [и др.]. Effects of transcranial direct current stimulation and transcranial magnetic stimulation in patients with fibromyalgia. A systematic review. // *Neurologia*. 2023. № 6 (38). С. 427–439.
23. D’Agnelli S. [и др.]. Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. // *Molecular pain*. 2019. (15). С. 1744806918819944.
24. D’Onghia M. [и др.]. Fibromyalgia and obesity: A comprehensive systematic review and meta-analysis. // *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2021. № 2 (51). С. 409–424.
25. Eller-Smith O.C., Nicol A.L., Christianson J.A. Potential Mechanisms Underlying Centralized Pain and Emerging Therapeutic Interventions. // *Frontiers in cellular neuroscience*. 2018. (12). С. 35.
26. Fitzcharles M.-A. [и др.]. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. // *Lancet (London, England)*. 2021. № 10289 (397). С. 2098–2110.
27. Fitzcharles M.A., Esdaile J.M. The overdiagnosis of fibromyalgia syndrome. // *The American journal of medicine*. 1997. № 1 (103). С. 44–50.
28. Galvez-Sánchez C.M., Reyes Del Paso G.A. Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. // *Journal of clinical medicine*. 2020. № 4 (9).
29. Geenen R., Jacobs J.W.G., Bijlsma J.W.J. Evaluation and management of endocrine dysfunction in fibromyalgia. // *Rheumatic diseases clinics of North America*. 2002. № 2 (28). С. 389–404.
30. Giacomelli C. [и др.]. The interaction between autoimmune diseases and fibromyalgia: risk, disease course and management. // *Expert review of clinical immunology*. 2013. № 11 (9). С. 1069–1076.
31. Goesling J., Lin L.A., Clauw D.J. Psychiatry and Pain Management: at the Intersection of Chronic Pain and Mental Health. // *Current psychiatry reports*. 2018. № 2 (20). С. 12.
32. Gracely R.H. [и др.]. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia // *Brain*. 2004. № 4 (127). С. 835–843.
33. Grach S.L. [и др.]. Diagnosis and Management of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. // *Mayo Clinic proceedings*. 2023. № 10 (98). С. 1544–1551.
34. Hagelberg N. [и др.]. Striatal dopamine D2 receptors in modulation of pain in humans: a review. // *European journal of pharmacology*. 2004. № 1–3 (500). С. 187–192.
35. Harris R.E. [и др.]. Pregabalin rectifies aberrant brain chemistry, connectivity, and functional response in chronic pain patients. // *Anesthesiology*. 2013. № 6 (119). С. 1453–1464.
36. Häuser W. [и др.]. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis // *Arthritis care & research*. 2011. № 6 (63). С. 808–820.
37. Häuser W. [и др.]. Fibromyalgia // *Nature reviews Disease primers*. 2015. № 1 (1). С. 1–16.
38. Häuser W., Sarzi-Puttini P., Fitzcharles M.-A. Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis. // *Clinical and experimental rheumatology*. 2019. № 1 (37 Suppl 1). С. 90–97.
39. Häuser W., Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). // *Reumatismo*. 2012. № 4 (64). С. 194–205.
40. Heidari F., Afshari M., Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. // *Rheumatology international*. 2017. № 9 (37). С. 1527–1539.
41. Janssen L.P. [и др.]. Fibromyalgia: A Review of Related Polymorphisms and Clinical Relevance. // *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2021. № suppl 4 (93). С. e20210618.
42. Jensen K.B. [и др.]. Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia pain. // *Arthritis and rheumatism*. 2013. № 12 (65). С. 3293–3303.

43. Kleykamp B.A. [и др.]. The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTION systematic review. // *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2021. № 1 (51). С. 166–174.
44. Kodner C. Common questions about the diagnosis and management of fibromyalgia. // *American family physician*. 2015. № 7 (91). С. 472–478.
45. Lee W. [и др.]. Shared comorbidity of depression, migraine, insomnia, and fibromyalgia in a population-based sample. // *Journal of affective disorders*. 2024. (354). С. 619–626.
46. Løge-Hagen J.S. [и др.]. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. // *Journal of affective disorders*. 2019. (245). С. 1098–1105.
47. Lukkahatai N. [и др.]. A predictive algorithm to identify genes that discriminate individuals with fibromyalgia syndrome diagnosis from healthy controls. // *Journal of pain research*. 2018. (11). С. 2981–2990.
48. Macfarlane G.J. [и др.]. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia // *Annals of the rheumatic diseases*. 2017. № 2 (76). С. 318–328.
49. Maffei M.E. Fibromyalgia: Recent advances in diagnosis, classification, pharmacotherapy and alternative remedies // *International Journal of Molecular Sciences*. 2020. № 21 (21). С. 1–27.
50. Melemedjian O.K. [и др.]. IL-6- and NGF-induced rapid control of protein synthesis and nociceptive plasticity via convergent signaling to the eIF4F complex. // *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 2010. № 45 (30). С. 15113–15123.
51. Minhas D., Murphy A., Clauw D.J. Fibromyalgia and centralized pain in the rheumatoid arthritis patient. // *Current opinion in rheumatology*. 2023. № 3 (35). С. 170–174.
52. Munipalli B. [и др.]. Recognizing and Treating Major Depression in Fibromyalgia: A Narrative Primer for the Non-Psychiatrist. // *Journal of primary care & community health*. 2024. (15). С. 21501319241281220.
53. Nasonova T.I. [и др.]. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire: linguistic adaptation of the Russian version // *Russian Journal of Pain*. 2023. № 1 (21). С. 47–51.
54. Paroli M. [и др.]. Inflammation, Autoimmunity, and Infection in Fibromyalgia: A Narrative Review. // *International journal of molecular sciences*. 2024. № 11 (25).
55. Peres M.F.P. Fibromyalgia and headache disorders. // *Current pain and headache reports*. 2009. № 5 (13). С. 335–336.
56. Perrot S., Bouhassira D., Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). // *Pain*. 2010. № 2 (150). С. 250–256.
57. Pyke T.L., Osmotherly P.G., Baines S. Measuring Glutamate Levels in the Brains of Fibromyalgia Patients and a Potential Role for Glutamate in the Pathophysiology of Fibromyalgia Symptoms: A Systematic Review. // *The Clinical journal of pain*. 2017. № 10 (33). С. 944–954.
58. Queiroz L.P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. // *Current pain and headache reports*. 2013. № 8 (17). С. 356.
59. Roizenblatt S., Neto N.S.R., Tufik S. Sleep disorders and fibromyalgia. // *Current pain and headache reports*. 2011. № 5 (15). С. 347–357.
60. Romeo A. [и др.]. Traumatic experiences and somatoform dissociation in women with fibromyalgia. // *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2022. № 1 (14). С. 116–123.
61. Schmidt-Wilcke T. [и др.]. Striatal grey matter increase in patients suffering from fibromyalgia—a voxel-based morphometry study // *Pain*. 2007. (132). С. S109–S116.
62. Scolnik M. [и др.]. Symptoms of Raynaud’s phenomenon (RP) in fibromyalgia syndrome are similar to those reported in primary RP despite differences in objective assessment of digital microvascular function and morphology. // *Rheumatology international*. 2016. № 10

- (36). С. 1371–1377.
63. Serrano P.V. [и др.]. Association between descending pain modulatory system and cognitive impairment in fibromyalgia: A cross-sectional exploratory study. // *Frontiers in behavioral neuroscience*. 2022. (16). С. 917554.
64. Tanriverdi F. [и др.]. The hypothalamo-pituitary-adrenal axis in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. // *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2007. № 1 (10). С. 13–25.
65. Vaerøу H. [и др.]. Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. // *Pain*. 1988. № 1 (32). С. 21–26.
66. Wang V.C., Mullally W.J. *Pain Neurology*. // *The American journal of medicine*. 2020. № 3 (133). С. 273–280.
67. Williams D.A., Arnold L.M. Measures of fibromyalgia: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, and Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ). // *Arthritis care & research*. 2011. № 0 11 (63 Suppl 1). С. S86-97.
68. Winslow B.T., Vandal C., Dang L. Fibromyalgia: Diagnosis and Management. // *American family physician*. 2023. № 2 (107). С. 137–144.
69. Wolfe F. [и др.]. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria // *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2016. № 3 (46). С. 319–329.
70. Yokota Y., Namiki H. Pitfalls in diagnosing geriatric general pain: coexistence of polymyalgia rheumatism and fibromyalgia. // *BMJ case reports*. 2019. № 7 (12).
71. Yoo Y.-M., Kim K.-H. Current understanding of nociplastic pain. // *The Korean journal of pain*. 2024. № 2 (37). С. 107–118.
72. Yunus M.B. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. // *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2007. № 6 (36). С. 339–356.
73. Zhang Y., Yue W., Li J. The association of FKBP5 gene polymorphism with genetic susceptibility to depression and response to antidepressant treatment- a systematic review. // *BMC psychiatry*. 2024. № 1 (24). С. 274.
74. Zinchuk M. [и др.]. Fibromyalgia in patients with non-psychotic mental disorders: Prevalence, associated factors and validation of a brief screening instrument. // *European journal of pain (London, England)*. 2025. № 2 (29). С. e4730.
75. Zinchuk M.S. [и др.]. Modern ideas about the relationship between fibromyalgia and mental disorders // *Zhurnal Nevrologii i Psikhatrii Imeni SS Korsakova*. 2023. № 10 (123). С. 7–16.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Таблица № 1 – Классификация факторов риска фибромиалгии и их клиническая значимость**

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
Генетические	Семейный анамнез	Высокая	Ovrom EA, Mostert KA, Khakhkhar S, McKee DP, Yang P, Her YF. A Comprehensive Review of the Genetic and Epigenetic Contributions to the Development of Fibromyalgia. <i>Biomedicines</i> . 2023 Apr 7;11(4):1119. doi: 10.3390/biomedicines11041119. PMID: 37189737; PMCID: PMC10135661.)
	Полиморфизмы генов ( <i>SLC6A4</i> , <i>COMT</i> )	Высокая	Lee YH, Choi SJ, Ji JD, Song GG. Candidate gene studies of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. <i>Rheumatol Int</i> . 2012 Feb;32(2):417-26. doi: 10.1007/s00296-010-1678-9. Epub 2010 Dec 1. PMID: 21120487.
Психологические	Депрессивные расстройства	Высокая	Løge-Hagen JS, Sæle A, Juhl C, Bech P, Stenager E, Mellentin AI. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. <i>J Affect Disord</i> . 2019 Feb 15;245:1098-1105. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.001. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30699852.
	Тревожные расстройства	Высокая	Carneiro AM, Pacheco-Barrios K, Andrade MF, Martinez-Magallanes D, Pichardo E, Caumo W, Fregni F. Psychological Factors Modulate Quantitative Sensory Testing Measures in

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
			Fibromyalgia Patients: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. Psychosom Med. 2024 Nov-Dec 01;86(9):781-789. doi: 10.1097/PSY.0000000000001343. Epub 2024 Aug 28. PMID: 39225326.)
	Детские травмы	Средняя-Высокая	Bussières A, Hancock MJ, Elklit A, Ferreira ML, Ferreira PH, Stone LS, Wideman TH, Boruff JT, Al Zoubi F, Chaudhry F, Tolentino R, Hartvigsen J. Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Eur J Psychotraumatol. 2023;14(2):2284025. doi: 10.1080/20008066.2023.2284025. Epub 2023 Dec 18. PMID: 38111090; PMCID: PMC10993817.
Физиологически	Женский пол	Высокая	Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Bazzichi ML, Gemignani A, Miniati M. Gender differences on psychological factors in fibromyalgia: a systematic review on the male experience. ClinExpRheumatol. 2021 May-Jun;39 Suppl 130(3):174-185. doi: 10.55563/clinexprheumatol/73g6np. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33337987.
	Ожирение (ИМТ $\geq 30$ )	Средняя	D'Onghia M, Ciaffi J, Lisi L, Mancarella L, Ricci S, Stefanelli N, Meliconi R, Ursini F. Fibromyalgia and obesity: A

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
			comprehensive systematic review and meta-analysis. <i>Semin Arthritis Rheum.</i> 2021 Apr;51(2):409-424. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.02.007. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33676126.
	Нарушения сна	Высокая	Mathias JL, Cant ML, Burke ALJ. Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. <i>Sleep Med.</i> 2018 Dec;52:198-210. doi: 10.1016/j.sleep.2018.05.023. Epub 2018 Jun 11. PMID: 30314881.
Социально-экономические	Уровень дохода	Средняя	Kapos FP, Craig KD, Anderson SR, Bernardes SF, Hirsh AT, Karos K, Keogh E, Reynolds Losin EA, McParland JL, Moore DJ, Ashton-James CE. Social Determinants and Consequences of Pain: Toward Multilevel, Intersectional, and Life Course Perspectives. <i>J Pain.</i> 2024 Oct;25(10):104608. doi: 10.1016/j.jpain.2024.104608. Epub 2024 Jun 17. PMID: 38897311; PMCID: PMC11402600
	Отсутствие высшего образования	Средняя	Benebo FO, Lukic M, Jakobsen MD, Braaten TB. The role of lifestyle factors in the association between education and self-reported fibromyalgia: a mediation analysis. <i>BMC WomensHealth.</i> 2024 Apr 17;24(1):244. doi: 10.1186/s12905-024-03060-9.

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
			PMID: 38632566; PMCID: PMC11022321.
Поведенческие	Гиподинамия	Средняя	Estévez-López F, Maestre-Cascales C, Russell D, Álvarez-Gallardo IC, Rodriguez-Ayllon M, Hughes CM, Davison GW, Sañudo B, McVeigh JG. Effectiveness of Exercise on Fatigue and Sleep Quality in Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. Arch Phys Med Rehabil. 2021 Apr;102(4):752-761. doi: 10.1016/j.apmr.2020.06.019. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32721388.
	Курение	Низкая	Benebo FO, Lukic M, Jakobsen MD, Braaten TB. The role of lifestyle factors in the association between education and self-reported fibromyalgia: a mediation analysis. BMC WomensHealth. 2024 Apr 17;24(1):244. doi: 10.1186/s12905-024-03060-9. PMID: 38632566; PMCID: PMC11022321.
Коморбидные состояния	Аутоиммунные заболевания	Средняя-Высокая	Mistry S, Daoud A, Magrey MN, Pamuk ON. The frequency of fibromyalgia in patients with systemic lupus erythematosus and associated factors: a systematic review and meta-analysis. ClinRheumatol. 2025 Jan;44(1):9-21. doi: 10.1007/s10067-024-07188-9. Epub 2024 Oct 19. PMID: 39424681.  Park S, Kwon JS, Park YB, Park JW. Is thyroid autoimmunity a

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
			predisposing factor for fibromyalgia? A systematic review and meta-analysis. ClinExpRheumatol. 2022 Jun;40(6):1210-1220. doi: 10.55563/clinexprheumatol/y3gfv a. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34369360.
	Синдром раздраженного кишечника	Средняя	Steinruecke M, Mason I, Keen M, McWhirter L, Carson AJ, Stone J, Hoeritzauer I. Pain and functional neurological disorder: a systematic review and meta-analysis. J NeurolNeurosurg Psychiatry. 2024 Aug 16;95(9):874-885. doi: 10.1136/jnnp-2023-332810. PMID: 38383157; PMCID: PMC11347250.
Средовые	Хронический стресс	Высокая	Hendrix J, Fanning L, Wyns A, Ahmed I, Patil MS, Richter E, Van Campenhout J, Ickmans K, Mertens R, Nijs J, Godderis L, Polli A. Adrenergic dysfunction in patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. Eur J Clin Invest. 2025 Jan;55(1):e14318. doi: 10.1111/eci.14318. Epub 2024 Sep 25. PMID: 39319943.
	Перенесенные инфекции	Низкая-Средняя	Hwang JH, Lee JS, Oh HM, Lee EJ, Lim EJ, Son CG. Evaluation of viral infection as an etiology of ME/CFS: a systematic review and meta-analysis. J TranslMed. 2023 Oct 28;21(1):763. doi: 10.1186/s12967-023-04635-0.

Категория фактора	Конкретный фактор	Клиническая значимость	Подтверждающие данные (мета-анализы, систематические обзоры, эпидемиологические исследования и др.)
			PMID: 37898798; PMCID: PMC10612276.

**Пояснения:**

- Высокая значимость: Фактор подтвержден множеством исследований с сильной доказательной базой ( $OR \geq 2$ ).
- Средняя значимость: Умеренная ассоциация ( $OR 1.5-2$ ), но требуется дополнительная верификация.
- Низкая значимость: Слабая или противоречивая связь ( $OR < 1.5$ ).

**Ключевые выводы:**

1. Наибольший вклад в развитие фибромиалгии вносят генетическая предрасположенность, женский пол, психические расстройства и хронический стресс.
2. Ожирение и гиподинамия — модифицируемые факторы, коррекция которых улучшает прогноз.
3. Социально-экономические факторы требуют учета при планировании профилактических программ.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Диагностические критерии фибромиалгии Американской коллегии ревматологов (ACR) 2016 года

**Название на русском языке:** Диагностические критерии фибромиалгии Американской коллегии ревматологов (ACR) 2016 года

**Оригинальное название:** American College of Rheumatology (ACR) 2016 Fibromyalgia Diagnostic Criteria

**Источник:** Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, Russell IJ, Walitt B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Dec;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27916278.

**Тип:** опросник

**Назначение:** Опросник для выявления фибромиалгии

**Пояснение:** Опросник относится к клинико-anamnestическим инструментам, основанным на самоотчёте пациента. Они были разработаны для стандартизации диагностики фибромиалгии без необходимости физического обследования болевых точек (в отличие от более ранних критериев ACR 1990). Основным инструментом являются **модифицированные критерии ACR 2016**, включающие два ключевых компонента: Индекс распространённой боли (WPI) и оценка тяжести симптомов (SSS).

### Индекс распространённости боли (Widespread Pain Index, WPI)

**Пояснения:** пациент отмечает области тела, где испытывал боль за последнюю неделю (из 19 возможных зон: плечи, бёдра, челюсти, шея, грудь и т.д.).

**Оценка:**

- Каждая зона = 1 балл.
- Максимальный балл — 19.

За последнюю неделю в каких частях тела вы испытывали боль? (отметьте все подходящие варианты):

Левая (Л) верхняя область (1)	Правая (П) верхняя область (2)	Туловище (3)
<i>Л челюсть</i>	<i>П челюсть</i>	Шея
Л плечевой пояс	П плечевой пояс	Верхняя часть спины
Л верхняя часть руки (плечо)	П верхняя часть руки (плечо)	Нижняя часть спины <i>Грудь</i>
Л нижняя часть руки	П нижняя часть руки	<i>Живот</i>

<b>Левая нижняя область (4)</b>	<b>Правая нижняя область (5)</b>
Л бедро (ягодица/вертел)	П бедро (ягодица/вертел)
Л верхняя часть ноги	П верхняя часть ноги
Л нижняя часть ноги	П нижняя часть ноги

**Всего = \_\_\_\_ WPI баллов** (добавить отмеченные пункты, 0-19)  
**\_\_\_\_ Количество отмеченных областей** (кроме пунктов, выделенных курсивом);  
использовать для критерия 2

### Шкала тяжести симптомов (Symptom Severity Scale, SSS)

**Пояснения:** оценка выраженности трёх ключевых симптомов за последнюю неделю:

1. Усталость,
  2. Когнитивные нарушения (проблемы с памятью, концентрацией),
  3. Нарушения сна.
- Дополнительно учитывается наличие других соматических симптомов (например, головные боли, синдром раздражённого кишечника).
  - Оценка:
    1. Каждый симптом оценивается по шкале от 0 (отсутствует) до 3 (тяжёлая форма).
    2. Максимальный балл за симптомы — 9.
    3. Дополнительные соматические симптомы: от 0 (нет) до 3 (множественные).

По каждому из следующих пунктов (за прошедшую неделю) оцените тяжесть симптомов:

	0 = нет проблем	1 = незначительная или лёгкая проблема, часто лёгкая или преходящая	2 = умеренная, значительная проблема, часто присутствует	3 = тяжёлая, всеобъемлющая, непрерывная, мешает жизни
Усталость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Отсутствие свежести после сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Когнитивные симптомы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

За последнюю неделю беспокоили ли Вас следующие симптомы:

	0 = нет проблемы	1 = есть проблема
Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль или спазмы в нижней части живота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Депрессия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Всего (SSS):** \_\_\_\_ (0-12)

**Итог:**

1. Критерий 1 выполнен, если у вас есть **ЛЮБОЙ ИЗ ДВУХ ВАРИАНТОВ**:

WPI  $\geq 7$  и SSS  $\geq 5$  ИЛИ

WPI 4-6 и SSS  $\geq 9$

2. Генерализованная боль: выполнен, если наличие боли отмечено в 4/5 областей (без учета пунктов, выделенных курсивом).

3. Симптомы присутствуют  $\geq 3$  месяцев

**Диагноз фибромиалгии может быть поставлен независимо от других диагнозов** (не нужно исключать все другие состояния, которые могут объяснить симптомы, если соблюдены все критерии 1-3).

**Пример интерпретации:**

- Пациент с WPI=10, SSS=7 → соответствует критериям фибромиалгии.
- Пациент с WPI=5, SSS=10 → также соответствует критериям.

Эти критерии признаны «золотым стандартом» и включены в рекомендации международных ревматологических ассоциаций.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### Опросник для выявления фибромиалгии

**Название на русском языке:** Опросник для выявления фибромиалгии

**Оригинальное название:** Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST)

**Источники:**

Fan A., Tournadre A., Pereira B., Tatar Z., Couderc M., Malochet-Guinamand S., Dubost J.-J. Performance of Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) to detect fibromyalgia syndrome in rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2016;55(10):1746–1750. doi: rheumatology/kew244.

**Тип:** Опросник

**Назначение:** Скрининговый опросник для выявления фибромиалгии

**Пояснение:**

Опросник для выявления фибромиалгии состоит из 6 утверждений, на каждое из которых можно дать утвердительный (да) или отрицательный (нет) ответ. При наличии 5 положительных ответов можно предположить наличие у пациента фибромиалгии.

#### Опросник для выявления фибромиалгии

Вас беспокоят боли в суставах, мышцах или сухожилиях как минимум последние 3 месяца. Для того, чтобы помочь Вашему врачу оценить Вашу боль и симптомы более эффективно, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

Пожалуйста, заполните этот опросник, отвечая «да» или «нет» (только один ответ – «да» или «нет») на каждое последующее утверждение. Поставьте галочку (отметку) в поле, соответствующем Вашему ответу.

Утверждение	Да	Нет
У меня боли по всему телу.		
Мои боли сопровождаются постоянным и очень неприятным ощущением общей слабости.		
Мои боли могут быть жгучими; или похожими на удар током; или как ощущение спазма или судороги.		
Мои боли могут сопровождаться другими неприятными ощущениями в различных частях моего тела – покалыванием, как иголками; ползанием мурашек или онемением.		
Мои боли сопровождаются другими проблемами со здоровьем – нарушением пищеварения, мочеиспускания, головными болями или неприятными ощущениями в ногах.		
Мои боли существенно влияют на мою жизнь, особенно – на мой сон и способность к концентрации, заставляя меня чувствовать, что я в общем становлюсь медлительным.		

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, чтобы врач мог получить полное представление о ваших симптомах.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии

**Название на русском языке:** Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии

**Оригинальное название:** The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)

**Источники:**

Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(4):R120. doi: 10.1186/ar2783. Epub 2009 Aug 10.

**Тип:** Опросник

**Назначение:** Оценка интенсивности симптомов фибромиалгии и их влияния на качество жизни пациентов

**Пояснение:**

Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии состоит из 3 частей (функционирование, общее воздействие ФМ и симптомы ФМ). Максимальное количество баллов, которые можно набрать, составляет 100 баллов.

**Инструкция по подсчету баллов:**

- Шаг 1.** Суммируйте баллы по каждой из трех частей опросника (функциональный статус, общее влияние ФМ на жизнь пациентов, выраженность симптомов) с расчетом:
  - Самый левый квадратик - 0 баллов
  - Самый правый квадратик - 10 баллов
- Шаг 2.** Преобразуйте баллы из каждой части:
  - Разделите баллы 1-й части на три (максимальное количество итоговых баллов  $90/3 = 30$  баллов)
  - Количество баллов второй части оставьте неизменным (максимальное количество баллов - 20 баллов)
  - Разделите баллы 3-й части на 2 (максимальное количество итоговых баллов  $100/2 = 50$  баллов)
- Шаг 3.** Сложите количество баллов всех трех разделов, получившихся после преобразования (максимальное количество баллов - 100).

### Часть 1. Инструкция

Для каждого из следующих девяти вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего указывает на то, как трудно Вам было выполнять каждое из следующих действий за последние 7 дней из-за фибромиалгии:

Действие	Без труда		Очень трудно
Расчесывать или укладывать волосы	Без труда	□□□□□□□□□□	Очень трудно

Гулять непрерывно в течение 20 минут	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Готовить домашнюю еду	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Пылесосить, мыть или подметать полы	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Поднимать и переносить сумку, полную продуктов	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Подниматься на один лестничный пролет	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Менять постельное белье	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Сидеть на стуле в течение 45 минут	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>
Ходить в магазин за продуктами	<b>Без труда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Очень трудно</b>

## Часть 2. Инструкция

Для каждого из следующих двух вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего описывает, какое влияние за последние 7 дней оказывала фибромиалгия на Вас:

Вопрос	Никогда		Всегда
Фибромиалгия мешала мне достигать цели в течение недели	<b>Никогда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Всегда</b>
Я был/а полностью подавлен/а симптомами фибромиалгии	<b>Никогда</b>	□□□□□□□□□□	<b>Всегда</b>

## Часть 3. Инструкция

Для каждого из следующих 10 вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего показывает выраженность Ваших симптомов фибромиалгии за последние 7 дней:

Вопрос	Нет		Очень
Пожалуйста, оцените интенсивность Вашей боли	Нет боли	□□□□□□□□□□	Невыносимая боль
Пожалуйста, оцените уровень Вашей энергии	Много энергии	□□□□□□□□□□	Нет энергии

Пожалуйста, оцените степень Вашей скованности	Нет скованности	□□□□□□□□□□	Сильная скованность
Пожалуйста, оцените качество Вашего сна	Просыпался отдохнувшим/ей	□□□□□□□□□□	Просыпался очень уставшим/ей
Пожалуйста, оцените уровень Вашей депрессии	Нет депрессии	□□□□□□□□□□	Очень сильная депрессия
Пожалуйста, оцените уровень проблем с Вашей памятью	Хорошая память	□□□□□□□□□□	Очень плохая память
Пожалуйста, оцените уровень Вашей тревоги	Нет тревоги	□□□□□□□□□□	Очень сильная тревога
Пожалуйста, оцените степень Вашей чувствительности к прикосновению	Не чувствителен/не чувствительна	□□□□□□□□□□	Очень чувствителен/очень чувствительна
Пожалуйста, оцените степень Вашей неустойчивости	Нет неустойчивости	□□□□□□□□□□	Очень сильная неустойчивость
Пожалуйста, оцените степень Вашей чувствительности к громким звукам, яркому свету, запахам и холоду	Не чувствителен/не чувствительна	□□□□□□□□□□	Очень чувствителен/очень чувствительна

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, чтобы врач мог получить полное представление о ваших симптомах.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### Шкала активности фибромиалгии (Fibromyalgia Activity Score (FAS))

**Название на русском языке:** Шкала активности фибромиалгии

**Оригинальное название:** Fibromyalgia Activity Score (FAS)

**Источники:**

Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Gasparini S, Atzeni F, Grassi W. Development and validation of the self-administered Fibromyalgia Assessment Status: a disease-specific composite measure for evaluating treatment effect. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(4):R125. doi: 10.1186/ar2792. Epub 2009 Aug 18. PMID: 19686606; PMCID: PMC2745809.

**Тип:** Опросник

**Назначение:** Оценка активности заболевания на основе ключевых симптомов

**Пояснение:**

Пациент самостоятельно оценивает каждый параметр по шкале от 0 до 10, где: 0 — отсутствие симптома, 10 — максимальная выраженность симптома. Суммарный балл рассчитывается путём сложения оценок по всем пунктам (максимум 50 баллов).

**Параметры:**

1. Интенсивность боли (ВАШ: 0–10).
2. Усталость (ВАШ: 0–10).
3. Нарушения сна (ВАШ: 0–10).
4. Психологические симптомы (тревога/депрессия, ВАШ: 0–10).
5. Физическая функция (ограничения в повседневной деятельности, ВАШ: 0–10).

**Расчет:**

- Сумма всех показателей: максимальный балл — 50.

**Интерпретация:**

- <20 баллов — низкая активность.
- 20–35 баллов — умеренная активность.
- >35 баллов — высокая активность.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### Пример дневника боли для мониторинга пациентов

**Цель:** отслеживание динамики симптомов, выявление триггеров и оценка эффективности терапии.

Дата/Время	Интенсивность боли (0–10)	Локализация	Триггеры	Лечение/Действия	Активность	Настроение (1–5)
15.10.2024 / 09:00	6	Шея, поясница	Стресс на работе	Ибупрофен 400 мг	Утренняя зарядка	3
15.10.2024 / 14:00	4	Плечи	Длительное сидение	Горячий компресс	Работа за компьютером	4
15.10.2024 / 20:00	7	Вся спина	Переутомление	Медитация	Прогулка 30 мин	2

#### Пояснения для пациента:

- Интенсивность боли: 0 — нет боли, 10 — невыносимая боль.
- Настроение: 1 — очень плохое, 5 — отличное.
- Заполнять: 2–3 раза в день или при изменении симптомов.

#### Клиническое применение

- FIQR и FAS помогают:
  - Оценить тяжесть заболевания на старте терапии.
  - Контролировать динамику при лечении.
  - Выявить необходимость коррекции схемы (например, при балле FIQR >60).
- Дневник боли используется для:
  - Определения триггеров (стресс, физическая нагрузка).
  - Анализа эффективности препаратов и немедикаментозных методов.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

### Клинический пример:

**Пациентка:** Женщина, 38 лет, менеджер среднего звена.

### Жалобы при обращении:

- **Диффузная мышечно-скелетная боль** в шее, плечах, пояснице (длительность — 2 года), усиливающаяся при стрессе.
- **Постоянная усталость**, не проходящая после отдыха.
- **Нарушения сна** (трудности засыпания, частые пробуждения).
- **Снижение настроения**, апатия, чувство вины («не справляюсь с работой и семьей»).
- **Когнитивные жалобы:** ухудшение памяти, трудности концентрации.

### Анамнез:

- **Соматический:** отрицает аутоиммунные заболевания, травмы. Обследована у ревматолога (анализы на РФ, АЦЦП, СРБ — в норме), невролога (МРТ шейного отдела — легкий остеохондроз). Диагнозы: «Дорсопатия шейного отдела, хроническая цервикалгия, миофасциальный синдром». Лечение НПВП и миорелаксантами без существенного эффекта.
- **Психиатрический:** эпизоды субдепрессии в анамнезе (после развода 5 лет назад). На момент обращения — симптомы соответствуют критериям депрессивного эпизода средней тяжести (по DSM-5).

### Объективный осмотр:

- **Болезненность при пальпации** 12 из 18 триггерных точек фибромиалгии.
- **Шкала боли:** 7/10 по ВАШ.
- **PHQ-9:** 18 баллов (умеренная депрессия).
- **GAD-7:** 10 баллов (умеренная тревога).

### Дифференциальная диагностика:

1. Фибромиалгия и Ревматические заболевания:
  - Нормальные показатели воспаления (СОЭ, СРБ), отсутствие утренней скованности и суставных деформаций исключают ревматоидный артрит.
2. Фибромиалгия и Соматоформное расстройство:
  - Наличие специфических триггерных точек и отсутствие «органной» локализации боли (например, кардиалгий) поддерживают фибромиалгию.
3. Депрессия и Реакция на хроническую боль:
  - Депрессивные симптомы (чувство вины, ангедония) предшествовали обострению боли, что указывает на коморбидность, а не вторичность аффекта.

### Алгоритм диагностики:

### 1. Исключение органической патологии:

- Лабораторные тесты (СРБ, ТТГ), инструментальные методы (МРТ/УЗИ при подозрении на воспалительный характер жалоб).

### 2. Оценка критериев фибромиалгии (ACR 2016):

- Распространенная боль  $\geq 3$  месяцев.
- Индекс распространенности боли (WPI)  $\geq 7$  + шкала тяжести симптомов (SSS)  $\geq 5$ .
- Боль в 4 из 5 регионов тела.

### 3. Скрининг психических расстройств:

- PHQ-9, GAD-7, шкала Бека.
- Оценка суицидального риска.

### 4. Анализ коморбидности:

- Выявление связи между обострениями боли и стрессовыми событиями.

### Диагноз:

- **Фибромиалгия** (WPI=14, SSS=8).
- **Депрессивный эпизод средней тяжести.**

### Ошибки в анамнезе:

- Раннее лечение фокусировалось только на соматической составляющей, игнорируя депрессию.
- Не проводился скрининг психических расстройств при первичном обращении.

### Лечебный план:

#### 1. Фармакотерапия:

- Дулоксетин 60 мг/сут.

#### 2. Немедикаментозные методы:

- Когнитивно-поведенческая терапия: работа с катастрофизацией боли, когнитивными искажениями («я беспомощна»).
- Йога 3 раза в неделю для снижения мышечного напряжения.

#### 3. Междисциплинарное наблюдение:

- Совместные консультации невролога и психиатра каждые 2 месяца.

### Повторный осмотр:

Через 3 месяца — снижение интенсивности боли до 4/10 (ВАШ), PHQ-9=9 баллов (легкая депрессия). Пациентка отмечает улучшение работоспособности и сна.

### Примечание:

*Данный пример иллюстрирует необходимость интегративного подхода, где учет коморбидности и персонализированная терапия становятся основой успешного лечения.*