


*На правах рукописи*



**Насонова Татьяна Игоревна**

**Коморбидные расстройства при фибромиалгии: диагностика и лечение**

3.1.24. Неврология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук, профессор

**Парфенов Владимир Анатольевич**

**Официальные оппоненты:**

**Широков Василий Афонасьевич** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики, профессор кафедры

**Филатова Екатерина Сергеевна** - доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», лаборатория патофизиологии боли и полиморфизма ревматических заболеваний, старший научный сотрудник

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» декабря 2023 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д.11, стр.1 (Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова)

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.24  
доктор медицинских наук, профессор



Зиновьева Ольга Евгеньевна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования и степень разработанности

В настоящее время до 12% людей в мире страдают фибромиалгией (ФМ), которая представляет частую причину инвалидности среди людей трудоспособного возраста (Lorente L. et al., 2019, Табеева Г.Р., 2006). К симптомам ФМ относятся хронический распространённый болевой синдром, нарушения сна, субъективные когнитивные нарушения (Arnold L.M. et al., 2004). Диагноз ФМ основывается на клинических данных, не требует сложных и дорогостоящих обследований (Arnold L.M. et al., 2019, Carville S. F. et al., 2008). Однако, несмотря на широкую распространённость и кажущуюся лёгкость выявления ФМ, её диагностика вызывает сложности в общей медицинской практике, по некоторым данным диагноз не установлен у 73% пациентов, жалобы которых соответствуют критериям ФМ (Walitt B. et al., 2015).

В литературе встречаются разрозненные данные об отдельных коморбидных заболеваниях при ФМ, которые, вероятно, негативно влияют на течение заболевания и могут быть связаны с центральной сенситизацией (Давыдов О. С. и др., 2020, Камчатнов П.Р. и др., 2013, Рачин А.П. и др., 2017, Табеева Г. Р., 2017, Arnold L.M. et al., 2019, Martín J. et al., 2017). Имеется информация о потенциально коморбидных болевых расстройствах: синдроме раздраженного кишечника (СРК) (Lubrano E. et al., 2001), хронической тазовой боли (ХТБ) (Johnson C. M. et al., 2018), интерстициальном цистите (ИЦ) (Alagiri M. et al., 1997), мигрени (Ifergane G. et al., 2006, Marcus D. A. et al., 2005), головной боли напряжения (ГБН) (Li Y. H. et al., 2014) и лицевой боли (Aaron L. A. et al., 2000, Eisenlohr-Moul T. A. et al., 2015). Предполагается, что у пациентов с ФМ чаще, чем в популяции, встречаются психические расстройства: депрессивное и биполярное аффективное расстройства, тревожные расстройства (Теплякова О. В. и др., 2020, Gasperi M. et al., 2021), расстройства личности (Penfold S. et al., 2016). Коморбидными расстройствами нарушения сна при ФМ, которые ухудшают уже имеющиеся у пациентов проблемы со сном (Табеева Г.Р., 2006), считают синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) и синдром беспокойных ног (СБН) (Mutlu P. et al., 2020, Roizenblatt S. et al., 2011, Rosenfeld V. W. et al., 2015, Stehlik R. et al., 2014). Кроме этого, есть немногочисленные исследования, в которых отмечается, что ФМ встречается чаще, чем в популяции, при таких заболеваниях, как ревматоидный артрит (РА), спондилоартрит, псориатический артрит, системная красная волчанка (СКВ), склеродермия, синдром Шегрена, остеоартрит и синдром Элерса- Данло (СЭД) (Castori M. et al., 2013, Choi B. Y. et al., 2016, Dubost J. J. et al., 2021, Duffield S. J. et al., 2018, Ostuni P. et al., 2002, Zhao S. S. et al., 2019).

Даже в случае выявления ФМ, пациенты не всегда получают эффективное лечение. В некоторых странах разработаны клинические рекомендации по лечению ФМ, и в них указана возможность комбинированного лечения: применения немедикаментозных и медикаментозных методов лечения одновременно (Carville S. F. et al., 2008, Macfarlane G.J. et al., 2017). В доступной литературе было найдено только одно исследование, проведенное F. Angst и соавторами, в котором оценивалась эффективность комбинированной терапии у пациентов с ФМ в сравнении с результатами лечения пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины (ХНБНЧС) (Angst F. et al., 2006).

В целом, проблема диагностики ФМ, коморбидных для нее заболеваний и эффективного ведения пациентов актуальна, поскольку может привести к снижению частоты случаев инвалидности, повышению качества жизни пациентов. В настоящее время недостаточно изучены типичная врачебная практика ведения пациентов с ФМ в нашей стране, распространенность коморбидных расстройств, в том числе психических нарушений, у пациентов с ФМ, а также эффективность длительной (6 месяцев) комбинированной терапии при ФМ в сравнении с пациентами с хронической болью в спине.

### **Цель исследования**

Оптимизация ведения пациентов с фибромиалгией и коморбидными расстройствами.

### **Задачи исследования**

1. Проанализировать типичную врачебную тактику при ведении пациентов с фибромиалгией.
2. Выяснить частоту встречаемости коморбидных расстройств при фибромиалгии и сравнить показатели с аналогичными у пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины и у людей без болевого синдрома.
3. Провести психометрическую оценку тревоги, депрессии, соматизации и расстройств личности у пациентов с фибромиалгией и сравнить показатели с аналогичными у пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины и людей без болевого синдрома.
4. Сравнить эффективность результатов комбинированной терапии при фибромиалгии и хронической неспецифической болью в нижней части спины на основе 6 месяцев проспективного наблюдения.

### **Научная новизна**

Проведен анализ типичной врачебной практики ведения пациентов с фибромиалгией с оценкой проводимых обследований, назначаемого лечения и его эффективности. Выявлено, что

большинству пациентов с фибромиалгией ставится неверный диагноз, проводится необоснованно большое количество дорогостоящих лабораторных и инструментальных исследований, назначается неэффективное лечение, что приводит к формированию у пациентов неправильных представлений о заболевании. Комплексное обследование пациентов с фибромиалгией показало широкую распространенность признаков расстройств личности, соматизации и аффективных расстройств. Впервые произведена комплексная оценка коморбидных расстройств у пациентов с фибромиалгией. Показано, что у пациентов с фибромиалгией чаще, чем у здоровых лиц и пациентов с хронической неспецифической болью в спине, выявляются синдром раздраженного кишечника, синдром беспокойных ног, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, мигрень, головная боль напряжения, поливалентная аллергия, депрессивные и тревожные расстройства, а также некоторые расстройства личности. Проведено проспективное наблюдение в течение 6 месяцев пациентов с фибромиалгией и хронической неспецифической болью в нижней части спины на фоне комплексной терапии (образовательная программа, фармакотерапия, методики когнитивно-поведенческой терапии, индивидуальная и групповая лечебная гимнастика). Показано, что у пациентов с фибромиалгией комплексная терапия не менее эффективна, чем при хронической неспецифической боли в нижней части спины, и приводит к существенному снижению интенсивности болевого синдрома, степени депрессии и тревожности, повышению качества жизни.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Установлена низкая выявляемость фибромиалгии в нашей стране и высокая частота назначения необоснованных инструментальных и лабораторных методов исследования. Показана важность использования клинических рекомендаций и опросников для выявления фибромиалгии и оценки качества жизни пациентов. В большинстве случаев пациенты акцентируют внимание на наличие боли, а для выявления сопутствующих нарушений сна, эмоциональных нарушений и других коморбидных расстройств необходим активный расспрос врача. Показана более высокая частота коморбидных расстройств у пациентов с фибромиалгией по сравнению с пациентами с хронической неспецифической болью в спине и людьми без болевого синдрома. Отмечена целесообразность обследования пациентов с фибромиалгией для выявления синдрома раздраженного кишечника, синдрома беспокойных ног, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, мигрени, головной боли напряжения, расстройств личности. Обнаружение этих расстройств и их эффективное лечение может улучшить результаты терапии фибромиалгии. Показано, что у пациентов с хронической болью отсутствие клинически значимых грыж межпозвоночных дисков, поражения фасеточных суставов и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения повышает вероятность наличия фибромиалгии. Показана эффективность комплексного лечения, включающего образовательную программу,

фармакотерапию, применение методик когнитивно-поведенческой терапии и лечебные упражнения. Комплексное лечение позволяет эффективно снизить интенсивность боли, повысить качество жизни, уменьшить выраженность эмоциональных расстройств даже у пациентов с длительным неэффективным лечением. Отмечена необходимость информирования врачей о современных методах диагностики заболевания, включая скрининговые методики определения фибромиалгии.

### **Методология и методы исследования**

В диссертационной работе использовались клинические и психометрические методы исследования. В приведенной диссертационной работе проведено проспективное когортное исследование. Объектом исследования являлись 53 пациента с диагнозом ФМ, 33 пациента с ХНБНЧС, 33 человека без болевого синдрома. Пациентам проводилось клиническое, неврологическое и нейроортопедическое исследование, анкетирование. Пациенты, давшие добровольное информированное согласие, были консультированы врачом- психиатром, психотерапевтом.

Данная работа была произведена в соответствии с правилами и принципами доказательной медицины. Диссертационная работа была проведена согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г. и «Правилам клинической практики в Российской Федерации», утвержденным приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 № 266. Данное исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), выписка из протокола №01-20 заседания от 22.01.2020.

### **Личный вклад автора**

Личный вклад автора заключается в постановке задач и разработке дизайна исследования, аналитическом обзоре научной литературы, на основании которого была сформулирована научная актуальность исследования. В рамках исследования автор осуществлял отбор пациентов, сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни, проведение соматического, неврологического и нейроортопедического обследований, проведение тестирования пациентов по шкалам и опросникам, проведение комбинированного лечения. Автором была создана база данных пациентов, проведены статистическая обработка полученных результатов, их анализ и обобщение, формулировка выводов. По теме проводимого исследования автором подготовлены и опубликованы печатные работы в научных журналах, написан текст диссертации.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Фибромиалгия диагностируется через длительный период (в среднем 7 лет) с момента появления первых симптомов, даже при её выявлении пациенты обычно не получают эффективного комбинированного лечения.
2. У большинства пациентов с фибромиалгией имеется хотя бы одно коморбидное заболевание. У пациентов с фибромиалгией чаще, чем у здоровых лиц и пациентов с хронической неспецифической болью в спине, выявляются синдром раздраженного кишечника, синдром беспокойных ног, мигрень, головная боль напряжения, расстройства личности, депрессивные и тревожные расстройства.
3. При фибромиалгии комбинированное лечение (образовательная программа, фармакотерапия, кинезиотерапия, лечение коморбидных заболеваний, методики когнитивно-поведенческая терапии) не менее эффективно, чем при хронической неспецифической боли в спине, в отношении снижения интенсивности боли, выраженности аффективных расстройств и улучшения качества жизни пациентов.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.1.24 Неврология. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования, а именно пунктам 15 (Неврология болевых синдромов. Этиология, диагностические и терапевтические подходы в лечении и профилактики болевых синдромов) и 20 (Лечение неврологических больных. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, реабилитация при болезнях центральной, периферической и вегетативной нервной системы, и ассоциированных с ними заболеваний (коморбидных пациентов), изучение механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения заболеваний нервной системы, переносимость и безопасность лечения и реабилитации неврологических больных, исследование качества жизни и социализации неврологических больных, изучение лекарственных взаимодействий при лечении заболеваний нервной системы, организация лечебной и реабилитационной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы) паспорта специальности Неврология.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Необходимая степень достоверности представленных результатов обусловлена достаточным размером выборок пациентов, включенных в исследование, выполнением работы согласно цели и задачам, использованием актуальных методов диагностики и лечения, подтверждена проверкой первичной документации. Обработка полученных результатов

исследования произведена в соответствии с рекомендуемыми методами статистического анализа медико-биологических исследований. Используемые методы научного анализа отвечают поставленной цели и задачам. Практические рекомендации и выводы соответствуют цели и задачам диссертационного исследования. Результаты исследования научно обоснованы.

Наиболее важные положения диссертации рассматривались и обсуждались на следующих конференциях: Научно-практическая конференция «Боль в спине- междисциплинарная проблема 2023» (г. Москва, 19 апреля 2023 г.); IV Всероссийская научно-практическая конференция «Новое в неврологии боли» (г. Москва, 18 февраля 2023 г.); VII Всероссийская (с международным участием) Научная конференция молодых ученых - «Будущее Нейронаук» (г. Казань, 14 февраля 2023 г.); XIX Междисциплинарная Конференция с международным участием «Вейновские чтения» (г. Москва, 8-10 февраля 2023 г.); XXVIII Российская научно-практической конференции с международным участием «Медицина боли: от понимания к действию 2022» (г. Санкт-Петербург, 26-28 мая 2022г.); II Российская конференция с международным участием «Ревмореабилитация в XXI ВЕКЕ» (г. Москва, 17-18 февраля 2022 г.); 13-я Всероссийская онлайн-школа с международным участием «Коморбидный неврологический пациент в период пандемии COVID-19» (г. Москва, 5 февраля 2022 г.); LXXIV международная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых «Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2020» (г. Минск, 15-17 апреля 2020 г.). Диссертация апробирована и рекомендована к защите на заседании кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) – протокол №10 от 31.05.2023 г.

### **Внедрение результатов в практику**

Основные положения диссертационной работы внедрены в педагогический процесс и излагаются при проведении лекционных курсов, семинарских и практических занятий со студентами, клиническими ординаторами, аспирантами, а также врачами, проходящими обучение по программе повышения квалификации на базе кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Комбинированное лечение пациентов с фибромиалгией, включающее образовательную программу, фармакотерапию, методики когнитивно-поведенческой терапии и лечебную гимнастику, внедрены в практическую деятельность Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).



## **Публикации по теме диссертации**

По результатам исследования автором опубликовано 14 печатных работ, в том числе: 5 оригинальных статей (1 оригинальная научная статья в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, и 4 статьи в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus), 9 иных статей по теме диссертации (2 статьи в изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, 5 статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus, 2 иных публикации в сборниках тезисов).

## **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 134 машинописных страницах, включает введение, главы, выводы, практические рекомендации, список сокращений и условных обозначений, приложения и список литературы, включающий 225 источников, в том числе отечественных – 31, иностранных – 194, содержит 24 таблицы и 13 рисунков.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы исследования**

В исследование включено 53 пациента с ФМ (47 женщин и 6 мужчин), средний возраст  $46,8 \pm 14,6$  года, проходивших лечение в неврологических отделениях Клиники нервных болезней (КНБ) им. А.Я Кожевникова Сеченовского университета.

В исследование включались пациенты, которые соответствовали всем следующим критериям: мужчины или женщины от 18 лет до 75 лет; наличие ФМ; желание и возможность пациента соблюдать рекомендации по лечению, проводимому в рамках исследовательской работы.

В исследование не включались пациенты, у которых выявлялся хотя бы один из следующих критериев: возраст до 18 и более 75 лет; наличие тяжелой соматической, неврологической или психической патологии, которые могут помешать проведению исследования; онкологическое заболевание в анамнезе. Критериями исключения пациентов из исследования были беременность, отказ пациента в дальнейшем участии в исследовании, применение других методов лечения в период исследования. Досрочно из исследования исключались пациенты, у которых в ходе проведения исследования выявлялся хотя бы один из перечисленных критериев исключения.

Диагноз ФМ выставлялся на основании критериев Американской коллегии ревматологии (ACR) 2016 года (Wolfe F. et al., 2016). Дополнительно проводилась оценка количества болевых зон в соответствии с Таксономией боли Американского общества по изучению боли (ААРТ)

(Ablin J. N. et al., 2006) и пальпаторных точек в соответствии с критериями ACR 1990 года (Wolfe F. et al., 1990). Специфический характер боли был исключен на основании соматического и неврологического обследования, лабораторных обследований, и, при необходимости, магнитно-резонансной томографии (МРТ), рентгеновской компьютерной томографии позвоночника (КТ), электронейромиографии (ЭНМГ).

В исследовании принимали участие 2 контрольные группы. Первая контрольная группа включала 33 пациента с хронической неспецифической болью в нижней части спины (ХНБНЧС), средний возраст  $51,5 \pm 16,7$  года (27 женщин и 6 мужчин). Диагноз ХНБНЧС выставлялся при наличии ХБ в нижней части спины с иррадиацией в нижние конечности (люмбоишиалгия) или без таковой (люмбалгия) и отсутствии признаков радикулопатии, поясничного стеноза и специфических заболеваний («красных флажков») (Парфенов В.А. и др., 2016, Российское межрегиональное общество по изучению боли, 2021). Вторая контрольная группа состояла из 33 человек без болевого синдрома (24 женщин и 9 мужчин), средний возраст  $43,6 \pm 12,4$  года.

Все участники исследования подписали информированное согласие согласно форме, установленной и одобренной локальным комитетом по этике Сеченовского Университета.

### **Методы исследования**

Проводился детальный сбор жалоб и анамнеза заболевания, включающий:

1. Клиническую картину болевого синдрома: дебют возникновения боли, интенсивность, характер, частота возникновения, продолжительность и течение болевого синдрома, количество болевых зон;
2. Наличие и характеристики неболевых симптомов ФМ: усталость, невозстановительный сон, когнитивные и эмоциональные нарушения;
3. Наследственный анамнез: наличие симптомов ФМ у родственников;
4. Наличие факторов, провоцирующих и облегчающих симптомы ФМ;
5. Диагнозы, которые выставлялись пациенту ранее в связи с симптомами ФМ;
6. Результаты обследований, которые проводились ранее по поводу симптомов ФМ;
7. Лечение, которое проводилось ранее по поводу симптомов ФМ, оценку его эффективности: названия, дозы, частота и длительность приема препаратов, для купирования болевого синдрома и других симптомов ФМ;
8. Наличие коморбидных болевых расстройств заболеваний;
9. Наличие коморбидных расстройств сна;
10. Наличие коморбидных психических расстройств, в том числе расстройств личности
11. Наличие других сопутствующих расстройств.

Всем пациентам проводились соматическое, неврологическое и нейроортопедическое обследования.

В работе с пациентами использовались следующие шкалы и опросники:

1. Для оценки интенсивности боли использовалась цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ, Numeral Rating Scale, NRS) (Российское межрегиональное общество по изучению боли, 2021).
2. Для скринингового выявления ФМ использовался опросник для выявления ФМ (FiRST, ОВФ) (Perrot S. et al., 2010).
3. Для оценки уровня инвалидизации пациентов с ФМ использовался обновленный Опросник влияния фибромиалгии (оОВФ, Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQR) (Bennett R. M. et al., 2009). Для оценки уровня инвалидизации пациентов с ХНБНЧС применялся индекс Освестри (ИО, Oswestry Disability Index, ODI) (Бахтадзе М.А. и др., 2020).
4. Для выявления коморбидных психических расстройства использовались: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Herrmann C., 1997); опросник соматизированных расстройств (SOMS-2) (Fabião C. et al., 2010); интервью для оценки расстройств личности (ПЛ) (SCID-II-PD) (Ekselius L. et al., 1994).
5. Для оценки нарушений сна использовались: шкала сонливости Эпворта (ШСЭ) (Johns M. W. et al., 1991); индекс выраженности инсомнии (ИВИ, Insomnia Severity Index, ISI) (Bastien C. H. et al., 2001).

Пациенты были обследованы через 6 месяцев на предмет улучшение качества жизни и снижения интенсивности болевого синдрома. Основной показатель клинической эффективности лечения ФМ – снижение болевого синдрома на 30% и более.

### **Методы лечения**

Комплексное лечение пациентов с ФМ состояло из образовательной программы, нелекарственных методов лечения (Таблица 1) и фармакотерапии (Таблица 2).

Образовательная программа по ФМ включала 1 индивидуальную беседу с пациентом в течение 45-60 минут.

Пациенты обучались методикам КПТ хронического болевого синдрома на индивидуальных сессиях (N=3-5) длительностью от 45 до 60 минут. Лечебная гимнастика проводилась в форме 5 групповых занятий. В дальнейшем пациенты занимались лечебной гимнастикой самостоятельно, ежедневно от 1 до 3 раз в день. Пациентам с инсомнией были даны рекомендации по гигиене сна. Пациентам с жалобами на когнитивные нарушения было предложено заниматься когнитивным тренингом.

Подбор фармакотерапии проводился с учетом существующих зарубежных клинических рекомендаций по ФМ (Ablin J. N. et al., 2013, Eich W. et al., 2017, Häuser W. et al., 2017, Häuser W. et al., 2017, Macfarlane G.J. et al., 2017, Walitt B. et al., 2016) наличия сопутствующих болевых расстройств, расстройств сна, коморбидных психических расстройств.

Таблица 1 – Немедикаментозные методы лечения пациентов с ФМ в КНБ

Методы	Частота	Количество пациентов
Образовательная программа	100%	53
Групповая ЛФК	87%	46
Индивидуально подобранные лечебные упражнения	96%	51
Методики КПТ	92%	49
Гигиена сна	94%	50
Психокоррекционная беседа	57%	30

Таблица 2 – Фармакологические методы лечения пациентов с ФМ в КНБ

Схемы фармакотерапии	Частота	Количество пациентов
Дулоксетин	11%	6
Милнаципран	4%	2
Дулоксетин + amitриптилин	15%	8
Дулоксетин + габапентин	28%	15
Венлафаксин + прегабалин	6%	3
Венлафаксин/дулоксетин + кветиапин	19%	10
Дулоксетин + сульпирид	6%	3
Дулоксетин + amitриптилин + сульпирид	2%	1
Дулоксетин + amitриптилин + кветиапин + трамадол	9%	5

Пациентам с ХНБНЧС была проведена образовательная программа, проведено лечение обострения болевого синдрома (НПВС коротким курсом до 10 дней), подобраны упражнения ЛФК, рекомендован прием профилактической терапии (антидепрессанты из группы трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина).

Эффективность комбинированного лечения, проводимого в КНБ, проспективно оценивалась по снижению интенсивности болевого синдрома (ЦРШ), улучшению качества жизни (FIQR, ИО), снижению выраженности аффективных и тревожных расстройств (ГШТД) через 6 месяцев от начала лечения.

### Статистическая обработка данных

Анализ данных проводился с помощью методов описательной, параметрической и непараметрической статистики. Данные для непрерывных переменных с нормальным

распределением были представлены в виде  $M \pm \delta$ , где  $M$  – среднее арифметическое, а  $\delta$  – среднее квадратичное отклонение. Данные для непрерывных переменных с ненормальным распределением были представлены в виде  $M (Q1-Q3)$ , где  $M$  – медиана,  $Q1-Q3$  – интерквартильный размах. Для описания категориальных переменных использовали частоты. Для сравнения групп по количественным переменным с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента. Для сравнения групп по количественным переменным с ненормальным распределением использовался U-критерий Манна–Уитни. Для сравнения групп по качественным переменным использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. Для сравнения показателей во времени в рамках одной группы с нормальным распределением признака использовался парный t-критерий Стьюдента. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (разработчик – IBM Corporation, США). При оценке результатов статистически значимыми считали результаты при значениях  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Только у 15 % (8 из 53 пациентов) с ФМ до госпитализации был установлен диагнозом ФМ. Остальным пациентам выставлялись ошибочные диагнозы: «остеохондроз», «дисфункция вегетативной нервной системы», «вегетососудистая дистония», «цервикалгия, торакалгия и люмбоишалгия», «дорсопатия». В среднем количество болевых точек у пациентов с ФМ при пальпации –  $11,3 \pm 3,3$  (в соответствии с критериями ACR 1990 года). Среднее количество болевых зон по критериям AAPT у группы пациентов с ФМ  $6,9 \pm 1,6$  (всего зон – 9). По опроснику для выявления ФМ (FiRST) пациенты с ФМ набирали 5,0 (4,0-6,0) баллов. Ни один пациент никогда не проходил тестирование FiRST до госпитализации в КНБ.

Таким образом, диагностика ФМ в России остается неудовлетворительной, что, вероятно, связано с низкой информированностью врачей о симптомах и методах диагностики ФМ. Только у 15% пациентов, принявших участие в данном исследовании, диагноз ФМ был установлен до госпитализации в КНБ. У большинства (85%) пациентов ФМ не была диагностирована, при этом пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью, проходили амбулаторное и стационарное обследование (Таблица 3).

Таблица 3 – Лабораторные и инструментальные методы исследования до поступления в КНБ

Метод исследования	Процент, %	Количество пациентов
Магнитно-резонансная томография как минимум одного отдела позвоночника и/или крестцово-подвздошных сочленений	90,5	48
Рентгенологические методы исследования как минимум одного отдела позвоночника/тазобедренных суставов	62,3	33

Продолжение Таблицы 3

Электронейромиография и игольчатая электромиография	20,8	11
Лабораторные анализы для исключения заболеваний соединительной ткани	35,8	19

Многие пациенты получали неэффективное лечение (Рисунок 1). Однако были и такие пациенты, которым назначались антидепрессанты (54,7%) и антиконвульсанты (20,8%).

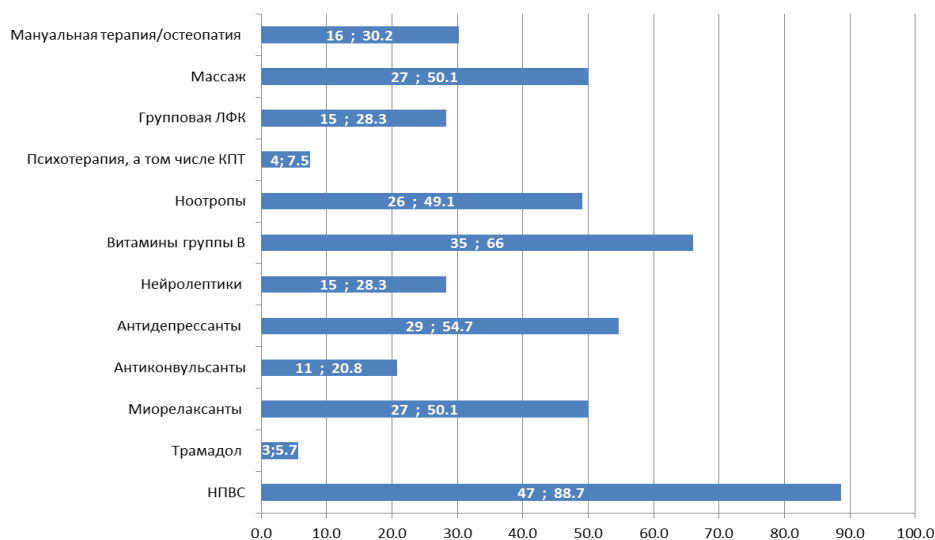


Рисунок 1 — Используемые методы лечения до поступления в стационар (первое число- количество пациентов, второе число- процент)

Было проведено сравнение интенсивности боли (Рисунок 2), качества жизни (Рисунок 3), уровня тревоги (Рисунок 4) и депрессии (Рисунок 5) у пациентов с ФМ, которым диагноз был выставлен до госпитализации, и тех, кому диагноз ФМ был впервые поставлен в КНБ.

По ЦРШ пациенты, которым до госпитализации не был установлен диагноз ФМ, набирали – 7 (6,0 – 8,0) баллов ( $7,04 \pm 1,91$ ), пациенты, которым до госпитализации был установлен диагноз ФМ, набирали по ЦРШ – 8 (7,25 – 8,25) баллов ( $7,38 \pm 2,26$ ), статистически значимой разницы не получено ( $p = 0,478$ ). По FIQR пациенты, которым до госпитализации не был установлен диагноз

ФМ, набирали – 55,0 (41,2 – 67,7) баллов ( $54,1 \pm 18,4$ ), пациенты, которым до госпитализации был установлен диагноз ФМ, – 54,1 (49,1-72,7) баллов ( $59,3 \pm 18,8$ ), статистически значимой разницы не получено ( $p = 0,611$ ). По субшкале тревоги ГШТД пациенты, которым до госпитализации не был установлен диагноз ФМ, набирали 11,0 (7,0 – 14,0) баллов ( $11,3 \pm 4,44$ ), пациенты, которым до госпитализации был установлен диагноз ФМ, – 7,5 (6,75 – 10,0) баллов ( $9,0 \pm 4,47$ ), статистически значимой разницы не получено ( $p = 0,159$ ). По субшкале депрессии ГШТД пациенты, которым до госпитализации не был установлен диагноз ФМ,

набирали 8, 0 (6,0- 11,0) баллов ( $8,11 \pm 3,56$ ); пациенты, которым до госпитализации был установлен диагноз ФМ, - 6,5 (5,75- 8,25) баллов ( $6,88 \pm 2,03$ ), статистически значимой разницы не получено ( $p=0,347$ ).

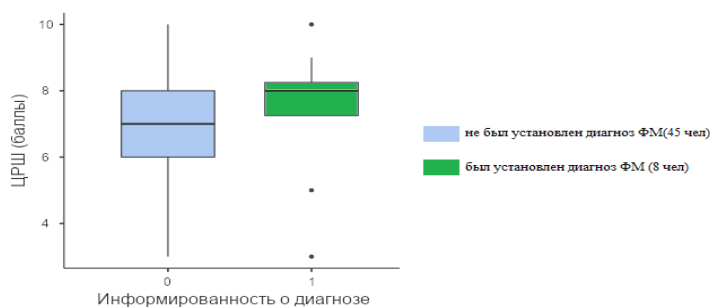


Рисунок 2 – Интенсивность болевого синдрома по ЦРШ у пациентов с ФМ, которым диагноз не был установлен (0) и у которых диагноз был установлен (1) до поступления в КНБ

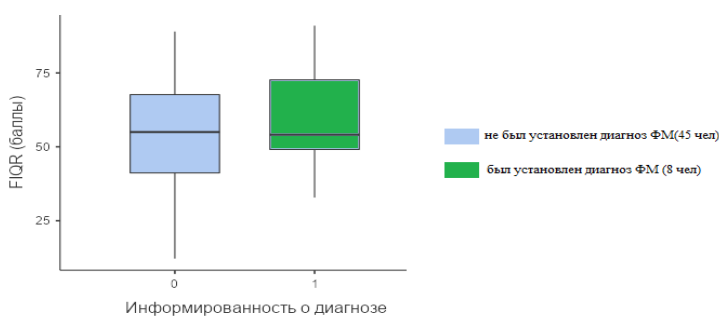


Рисунок 3 – Качество жизни у пациентов с ФМ, которым диагноз не был установлен (0) и у которых диагноз был установлен (1) до поступления в КНБ по FIQR

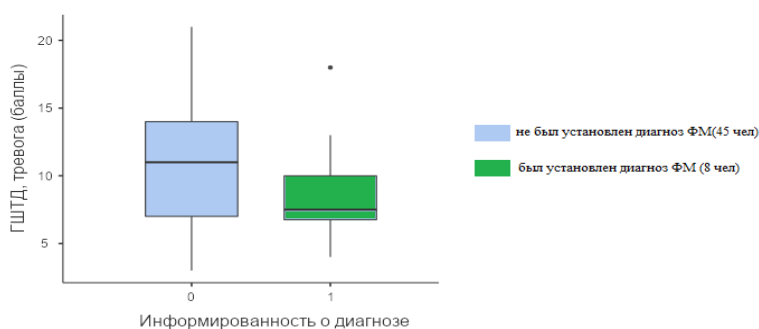


Рисунок 4 – Выраженность тревоги по субшкале тревоги ГШТД у пациентов с ФМ, которым диагноз не был установлен (0) и у которых диагноз был установлен (1) до поступления в КНБ

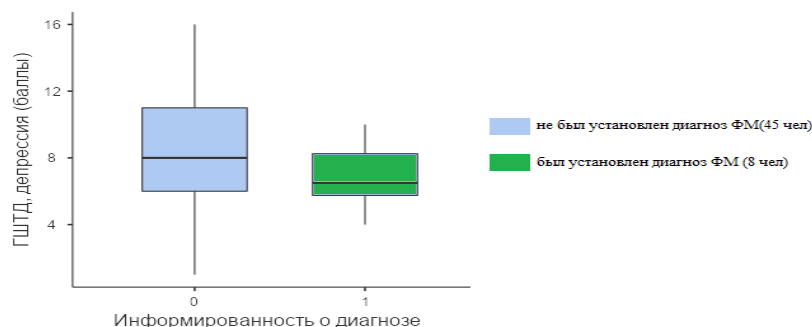


Рисунок 5 – Выраженность депрессии по субшкале тревоги ГШТД у пациентов с ФМ, которым диагноз не был установлен (0) и у которых диагноз был установлен (1) до поступления в КНБ

На Рисунке 6 представлены методы лечения, применяемые у пациентов с ФМ до обращения в КНБ. Статистически значимой разницы между применяемой немедикаментозной ( $p=0,642$ ) и комплексной терапией ( $p=0,748$ ) выявлено не было. Статистически значимые отличия были выявлены по применяемой медикаментозной терапии ( $p=0,01$ ). Пациенты с установленным диагнозом ФМ не получали комбинированного лечения, что привело к тому, что у них не было разницы в интенсивности боли, выраженности тревоги, депрессии и качестве жизни в сравнении с пациентами, у которых диагноз не был установлен. Таким образом, можно предположить, что применение только фармакотерапии недостаточно для получения эффекта при лечении ФМ.

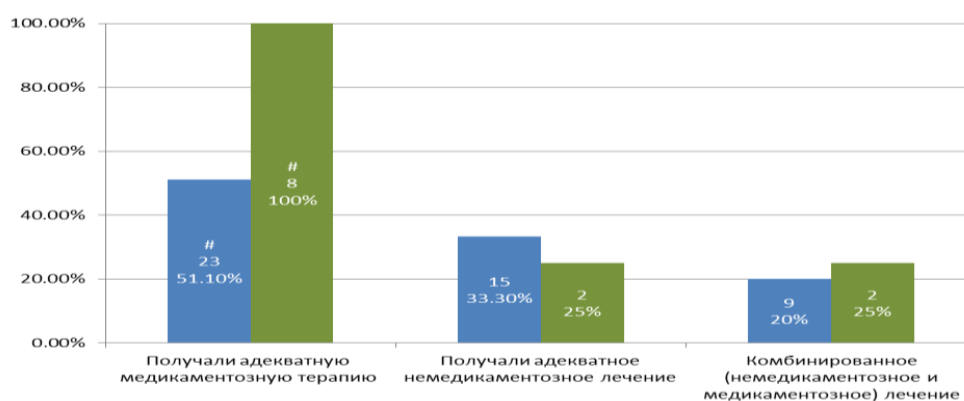


Рисунок 6 – Отличия проводимой терапии до госпитализации в КНБ терапии у пациентов с установленным до госпитализации диагнозом ФМ (зеленый цвет) и пациентов, у которых диагноз ФМ установлен не был (синий цвет). Адекватной медикаментозной терапией считался прием пациентом антидепрессанта (дулоксетин, милнаципран, амитриптилин, венлафаксин), прием антиконвульсанта (прегабалин, габапентин) или комбинации антидепрессант + антиконвульсант, антидепрессант + антидепрессант. Адекватными методами немедикаментозной терапией считались ЛФК, психологические методы лечения



Для статистически верной оценки частоты встречаемости коморбидных расстройств показатели группы пациентов с ФМ (основная группа) поочередно сравнивались с показателями группы пациентов с ХНБНЧС (1-ая группа контроля) и с показателями группы добровольцев без болевого синдрома (2-ая группа контроля). Для оценки эффективности комплексного лечения проводилось сравнение результатов основной группы и 1-ой контрольной группы. В Таблице 4 приведена сравнительная характеристика всех трех групп.

Таблица 4 – Сравнительная характеристика основной группы и групп контроля (\* отмечены статистически значимые отличия)

	Основная группа	1-ая группа контроля	р (основная группа и 1-ая контрольная)	2-ая группа контроля	р (основная группа и 1-ая контрольная)
Состав группы	Пациенты с ФМ, N=53	Пациенты с ХНБНЧС, N=33	-	Добровольцы без БС, N=33	-
Возраст, лет	46,8 ± 14,6	51,5 ± 16,7	0,173	43,6 ± 12,4	0,310
Соотношение Ж:М	47:6	27:6	0,372	24:9	0,058
ЦРШ, баллы	7,1 ± 1,9	5,6 ± 2,4	0,002*	-	-
FiRST, баллы	5,0 (4,0-6,0)	3,0 (3,0-4,0)	<0,001*	-	-

Пациентам с ФМ и ХНБНЧС проводилось нейроортопедическое обследование. В ходе него было выявлено, что при ФМ реже, чем при ХНБНЧС выявляются анатомические источники боли (Таблица 5). Отсутствие анатомических источников боли у пациентов с хроническим болевым синдромом повышает вероятность наличия ФМ.

Таблица 5 – Возможные анатомические источники боли у пациентов с ХНБНЧС и ФМ

Источник боли	Число пациентов ХНБНЧС		Число пациентов с ФМ		р
	абс.	%	абс.	%	
КПС	10	30	3	6	0,002
ФС	7	21	4	8	0,065
КПС и ФС	15	46	0	0	<0,001
Межпозвоночный диск	1	3	0	0	0,202
Всего	33	100%	7	14%	<0,001

В ходе данного исследования 96,2 % (51 пациент) с ФМ имели, как минимум, одно коморбидное расстройство (Таблица 6). Статистически значимо чаще у пациентов с ФМ по сравнению с контрольными группами встречались такие коморбидные расстройства, как СРК, СБН, ДВНЧС, мигрень, ГБН, поливалентная аллергии, депрессия, тревожные расстройства

(Таблица 6). Несмотря на то, что статистически значимых отличий в частоте встречаемости СЭД у пациентов с ФМ не было выявлено, стоит помнить о возможном наличии у пациентов с клиническими симптомами ФМ наследственных системных соединительнотканых дисплазий. Таким образом, при ФМ целесообразны обследования на выявление этих коморбидных расстройств. Их обнаружение и эффективное лечение может улучшить результаты терапии ФМ.

Таблица 6 – Коморбидные расстройства при ФМ (жирный шрифт- статистически значимые отличия). Аббревиатуры: БАР- биполярное аффективное расстройство; ГБН- головная боль напряжения; ДВНЧС- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; ОА- остеоартрит; РА- ревматоидный артрит; СБН- синдром беспокойных ног; СРК- синдром раздраженного кишечника; СЭД- синдром Элерса-Данло, ПА-панические атаки, ТР-тревожные расстройства

Коморбидные расстройства	ФМ		Группа контроля (ХНБНЧС)		Статистические различия групп ФМ и ХНБНЧС, р	Группа контроля (без болевого синдрома)		Статистические различия групп ФМ и без БС, р
	%	Кол-во человек (из 53)	%	Кол-во человек (из 33)		%	Кол-во человек (из 33)	
СРК	39,6	21	18,2	6	<b>0,037</b>	3,0	1	<b>&lt;0,001</b>
СБН	18,9	10	9,1	3	0,218	0	0	<b>0,008</b>
СОАС	1,9	1	6,1	2	0,305	0	0	0,427
ДВНЧС	17,0	9	0	0	<b>0,012</b>	3,0	1	<b>0,05</b>
Мигрень	34,0	18	12,1	4	<b>0,024</b>	9,1	3	<b>0,009</b>
ГБН	51,0	27	3,0	1	<b>&lt;0,001</b>	9,1	3	<b>&lt;0,001</b>
Поливалентная аллергия	11,3	6	0	0	<b>0,045</b>	3,0	1	0,172
Депрессия	35,8	19	21,2	7	0,108	6,5	2	<b>0,002</b>
ПА	24,5	13	9,1	3	0,074	0	0	<b>0,002</b>
ТР	34,0	18	9,1	3	<b>0,009</b>	3,0	1	<b>&lt;0,001</b>
БАР	1,9	1	0	0	0,427	0	0	0,427
ОА	18,9	10	24,4	8	0,551	15,2	5	0,659
СЭД	5,7	3	0	0	0,164	0	0	0,164

Пациенты с ФМ набирали по HADS (тревога)  $10,9 \pm 4,5$  баллов, пациенты с ХНБНЧС  $6,9 \pm 4,0$  ( $p < 0,001$ ), добровольцы без болевого синдрома-  $2,9 \pm 2,2$  балла ( $p < 0,001$ ). Пациенты с ФМ набирали по HADS (депрессия)  $7,9 \pm 3,4$  баллов, пациенты с ХНБНЧС  $-7,6 \pm 3,7$  ( $p = 0,685$ ), добровольцы из группы контроля –  $2,1 \pm 1,8$  балла ( $p < 0,001$ ). По результатам опросника SOMS-2: пациенты с ФМ набирали  $28,0$  ( $22,0-34,0$ ) баллов, пациенты с ХНБНЧС  $20,0$  ( $14,0-27,0$ ) ( $p < 0,001$ ), группа контроля –  $8,0$  ( $4,0-15,0$ ) баллов ( $p < 0,001$ ) (Рисунок 7).

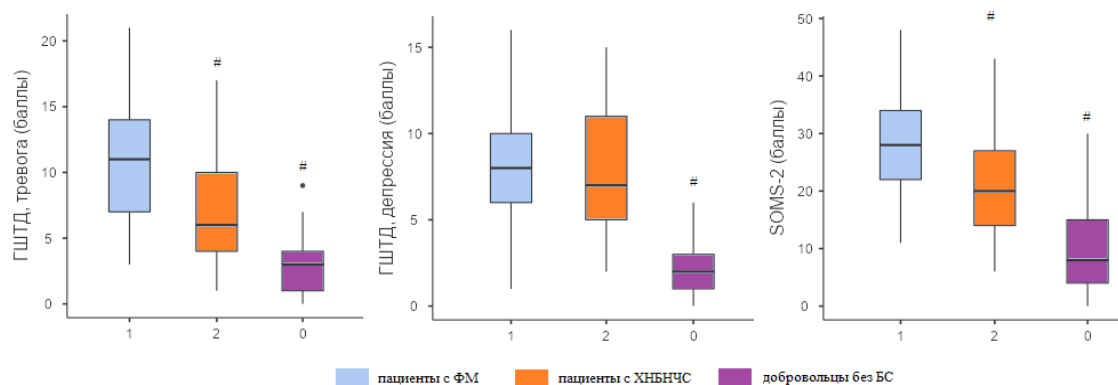


Рисунок 7 – Сравнительная характеристика выраженности эмоциональных расстройств (тревоги и депрессии) и соматизации у пациентов с ФМ и у групп сравнения (# различия между контрольной группой и основной статистически значимы с  $p < 0,001$ )

По данным интервью SCID-II-PD, 86,7% с ФМ имеют признаки хотя бы одного РЛ, в то время, как признаки РЛ встречаются в группах контроля статистически реже ( $p < 0,001$ ). Признаки таких РЛ, как пассивно-агрессивное, гистрионное, пограничное, наблюдаются у пациентов с ФМ статистически значимо чаще, чем у обеих групп контроля. Признаки зависимого и обсессивно-компульсивного РЛ наблюдаются статистически значимо чаще среди пациентов с ФМ по сравнению с группой добровольцев без БС. Нарциссическое РЛ наблюдается статистически значимо чаще у пациентов с ФМ по сравнению в группой ХНБНЧС. Суммарный процент РЛ в каждой группе превышает 100% за счет перекрывания отдельных типов РЛ (Таблица 7).

Следовательно, требуется проведение более крупных исследований, однако уже сейчас можно предположить, что пациенты с признаками РЛ имеют предрасположенность к развитию ХРБС и ФМ. Выявление признаков РЛ важно в клинической практике, так как требует коррекции стиля общения врача с пациентом, предполагающего как учет более выраженных черт личности, так и методов лечения ФМ.

Таблица 7 – Сопутствующие расстройства личности у пациентов с ФМ. **Жирным шрифтом** выделены РЛ, признаки которых в настоящем исследовании встречаются статистически значимо чаще у пациентов с ФМ по сравнению с хотя бы одной группой контроля. **Звездочкой (\*)** выделены РЛ, признаки которых встречаются статистически значимо чаще только по сравнению с одной из двух групп контроля

Признаки РЛ	Пациенты с ФМ		Пациенты с ХНБНЧС		Статистические различия групп ФМ и ХНБНЧС, р	Люди без болевого синдрома		Статистические различия групп ФМ и без БС, р
	%	Кол-во (из 53 чел)	%	Кол-во (из 33 чел)		%	Кол-во (из 33 чел)	
Избегающее	26%	14	24%	8	0,822	15%	5	0,221

Продолжение Таблицы 7

<b>Зависимое*</b>	19%	10	6%	2	0,096	0%	0	0,008
<b>Обсессивно-компульсивное*</b>	59%	31	39%	13	0,085	33%	11	0,023
<b>Пассивно-агрессивное</b>	30%	16	9%	3	0,022	6%	2	0,007
Депрессивное	21%	11	12%	4	0,305	6%	2	0,064
Параноидное	28%	15	12%	4	0,079	12%	4	0,079
Шизотипическое	19%	10	15%	5	0,659	9%	3	0,218
Шизоидное	19%	10	12%	4	0,410	6%	2	0,096
<b>Гистрионное</b>	17%	9	3%	1	0,05	3%	1	0,05
<b>Нарциссическое *</b>	38%	20	15%	5	0,025	18%	6	0,055
<b>Пограничное</b>	49%	26	27%	9	0,046	15%	5	<0,001
Антисоциальное	8%	4	6%	2	0,792	6%	2	0,792
Всего людей хотя бы с одним РЛ	87%	46	64%	21	0,012	36%	12	<0,001

30 пациентов с ФМ из 53 подписали добровольное информированное согласие на консультацию и проконсультировались у врача-психиатра. По итогу консультации признаки РЛ имели все 30 пациентов (Таблица 8).

Таблица 8 – Расстройства личности у пациентов с ФМ

Кластер (DSM-5)	Расстройство личности	Количество пациентов
Кластер А	Параноидное	4
	Шизоидное	4
	Шизотипическое	5
Кластер В	Антисоциальное	-
	Пограничное	1
	Гистрионное	10
	Нарциссическое	1
Кластер С	Избегающее	-
	Зависимое	-
	Обсессивно-компульсивное	2
Кластеры А+В	Истерическое+шизоидное	2
	Истерическое+шизотипическое	1

Клинический эффект в виде снижения болевого синдрома на 30% и более через 6 месяцев от момента начала лечения наблюдался у 76,5% (39 из 53, двое пациентов выбыло из исследования) пациентов с ФМ.

На фоне комбинированного лечения пациентов с ФМ в течение 6 месяцев статистически значимо снизились интенсивность болевого синдрома по ЦРШ с  $7,1 \pm 1,9$  до  $3,7 \pm 2,6$  баллов ( $p < 0,001$ ); уровень тревоги по ГШТД с  $10,9 \pm 4,5$  до  $6,7 \pm 3,5$  баллов ( $p < 0,001$ ); уровень депрессии по ГШТД с  $7,9 \pm 3,4$  до  $4,7 \pm 2,6$  ( $p < 0,001$ ), выраженность влияния симптомов ФМ на качество жизни с  $54,9 \pm 18,4$  по  $34,0 \pm 20,2$  ( $p < 0,001$ ).

На фоне комбинированного лечения пациентов с ХНБНС в течение 6 месяцев статистически значимо снизились интенсивность болевого синдрома по ЦРШ с  $5,6 \pm 2,4$  до  $2,6 \pm 2,1$  баллов ( $p < 0,001$ ); уровень тревоги по ГШТД с  $6,9 \pm 4,0$  до  $4,2 \pm 2,5$  баллов ( $p < 0,001$ ); уровень депрессии по ГШТД с  $7,6 \pm 3,7$  до  $6,5 \pm 3,3$  ( $p < 0,044$ ), выраженность влияния на качество жизни по ХНБНС по ИО с  $37,8 \pm 17,4$  по  $14,5 \pm 14,2$  ( $p < 0,001$ ). Результаты лечения пациентов с ФМ (Рисунок 9) и ХНБНС (Рисунок 10) представлены ниже.

В соответствии с полученными результатами можно утверждать, что комплексное лечение приводит к существенному улучшению состояния у пациентов с ФМ, сравнимому с результатом у пациентов с ХНБНС. Выявлен положительный эффект от комплексного лечения у пациентов с ФМ длительностью 6 месяцев в виде снижения интенсивности ХБ, выраженности тревоги и депрессии и улучшения качества жизни пациентов.

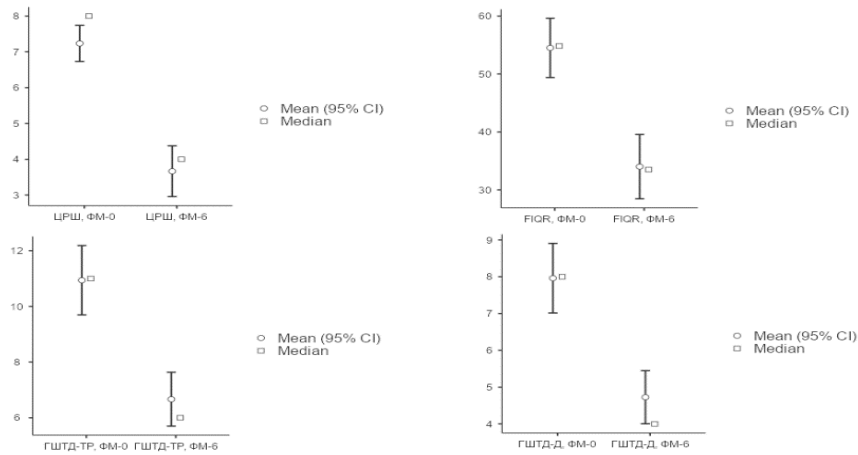


Рисунок 9 – Результаты комбинированного лечения пациентов с ФМ. ФМ-0- оценка показателей пациентов с ФМ при госпитализации в КНБ, ФМ-6 оценка показателей пациентов с ФМ через 6 месяцев от начала лечения, ЦРШ- цифровая рейтинговая шкала боли, FIQR- обновленный Опросник влияния фибромиалгии, ГШТД-ТР- субшкала тревоги госпитальной шкалы тревоги и депрессии, ГШТД-Д- субшкала депрессии госпитальной шкалы тревоги и депрессии

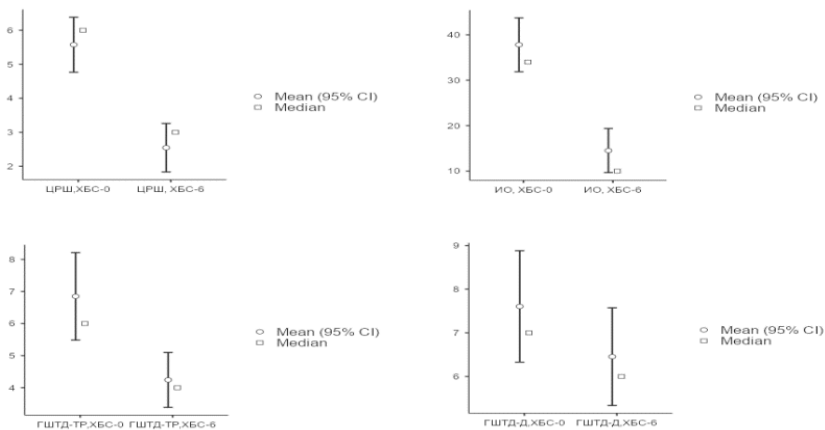


Рисунок 10 – Результаты комбинированного лечения пациентов с ХНБНС. ХБС-0- оценка показателей пациентов с ХНБНС при госпитализации в КНБ, ХБС-6 оценка показателей пациентов с ХНБНС через 6 месяцев от начала лечения, ЦРШ- цифровая рейтинговая шкала боли, ИО-индекс Освестри, ГШТД-ТР- субшкала тревоги госпитальной шкалы тревоги и депрессии, ГШТД-Д- субшкала депрессии госпитальной шкалы тревоги и депрессии

## ВЫВОДЫ

1. Фибромиалгия диагностируется через длительный период (от 2 до 15 лет, в среднем 7 лет) с момента появления первых симптомов, даже при выявлении фибромиалгии пациенты не получают эффективного комбинированного лечения, что свидетельствует о низкой информированности врачей о диагностике и эффективных методах терапии.
2. При фибромиалгии достоверно реже ( $p < 0,05$ ), чем при хронической неспецифической боли в спине выявляются клинически значимые грыжи межпозвоночных дисков (0%), поражение фасеточных суставов (8%), дисфункция крестцово-подвздошного сочленения (6%)
3. У большинства (96,2 %) пациентов с фибромиалгией имеется хотя бы одно коморбидное заболевание. У пациентов с фибромиалгией достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у здоровых лиц и пациентов с хронической неспецифической болью в спине, выявляются синдром раздраженного кишечника (39,6%), синдром беспокойных ног (18,9%), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (17,0%), мигрень (34,0%), головная боль напряжения (51,0%), поливалентная аллергия (11,3%), депрессивные (35,8%) и тревожные расстройства (58,5%).
4. У пациентов с фибромиалгией достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у здоровых лиц и пациентов с хронической неспецифической болью в спине, выявляются такие расстройства личности, как обсессивно-компульсивное (59%), пассивно-агрессивное (30%), гистрионное (17%), пограничное (49%), зависимое (19%), нарциссическое (38%).
5. У пациентов с фибромиалгией комбинированное лечение (образовательная программа, фармакотерапия, кинезиотерапия, лечение коморбидных заболеваний, психологические методы терапии) не менее эффективно, чем у пациентов с хронической неспецифической болью в спине, через 6 месяцев с момента инициации терапии.
6. Комбинированное лечение при фибромиалгии приводит к статистически значимому снижению ( $p < 0,001$ ) через 6 месяцев интенсивности болевого синдрома (с  $7,1 \pm 1,9$  по  $3,7 \pm 2,6$  ЦРШ), качества жизни (с  $54,9 \pm 18,4$  по  $34,0 \pm 20,2$  FIQR) и степени аффективных расстройств (ГШТД): депрессии (с  $7,9 \pm 3,4$  по  $4,7 \pm 2,6$ ), тревожности (с  $10,9 \pm 4,5$  по  $6,7 \pm 3,5$ ). Существенный эффект отмечается даже у тех пациентов, которые не имели эффекта от ранее проводимого лечения.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностика фибромиалгии не требует сложных инструментальных и лабораторных методов диагностики. Необходимо информирование врачей о современных простых и информативных методах диагностики заболевания, включая скрининговые методики определения фибромиалгии.
2. При отсутствии клинически значимых грыж межпозвоночных дисков, поражения фасеточных суставов и дисфункции крестцово-подвздошного сочленения у пациентов с хроническим болевым синдромом требуется исключение фибромиалгии.

3. При фибромиалгии целесообразны обследования на выявление синдрома раздраженного кишечника, синдрома беспокойных ног, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, мигрени, головной боли напряжения. Обнаружение этих заболеваний и их эффективное лечение может улучшить результаты терапии фибромиалгии.
4. При фибромиалгии целесообразны обследования на выявление расстройств личности, тревожных и депрессивных расстройств. При выявлении выраженных расстройств личности, тяжелой депрессии или тревожного расстройства показана консультация и лечение у психиатра.
5. Пациентам с фибромиалгией показано комплексное лечение, включающее образовательную программу, фармакотерапию, кинезиотерапию и психологические методы лечения. Необходимо информирование врачей об эффективных методах терапии фибромиалгии.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Исайкин, А.И. Мышечный фактор в развитии скелетно-мышечной боли. Возможности терапии / А.И. Исайкин, **Т.И. Насонова** // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика**. – 2022. – Т. 14. – № 2. – С. 98-104. [Scopus]
2. Исайкин, А.И. Эмоциональные нарушения и их терапия при хронической поясничной боли / А.И. Исайкин, **Т.И. Насонова**, А.Х. Мухаметзянова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика**. – 2022. – Т. 14. – № 5. – С. 90-95. [Scopus]
3. **Кузьминова, Т.И.** Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине / **Т.И. Кузьминова**, А.Х. Мухаметзянова, Л.В. Магомедкеримова // **Российский неврологический журнал**. – 2020. – Т. 25. – № 2. – С. 12-21. [Scopus]
4. **Кузьминова, Т.И.** Хроническая боль в спине и фибромиалгия. Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2020: сборник тезисов докладов LXXIV Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. под редакцией А.В. Сикорского, В.Я. Хрыщановича / **Т.И. Кузьминова**, Л.В. Магомедкеримова – Минск: БГМУ, 2020 – 561 с. – Текст: непосредственный
5. Лечение пациентов с острой и подострой люмбагией и люмбоишиалгией / В.А.Парфенов, А.И. Исайкин, **Т.И. Кузьминова**, О.А. Черненко, О.В. Милованова, А.В. Романова, Н.Д. Самхаева, Ю.М. Шор // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика**. – 2019. – Т. 11. – № 3. – С. 7-62. [Scopus]
6. **Насонова, Т.И.** Ведение пациентов и расстройства личности при фибромиалгии / **Т.И. Насонова**, Д.В. Романов // **Российский журнал боли**. – 2022. – Т. 20. – № спецвыпуск. – С. 104-105.
7. **Насонова, Т.И.** Ведение пациентов с хронической поясничной болью и фибромиалгией / **Т.И. Насонова** // **Медицинский Совет**. – 2022 – № 11 – С. 114-120.

8. **Насонова, Т.И.** Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай / **Т.И. Насонова**, Д.В. Романов, А.И. Исайкин // **Consilium Medicum**. – 2021. – Т. 23(11). – С. 874 – 878.
9. **Насонова, Т.И.** Сопутствующие расстройства и терапия при хронической неспецифической боли в нижней части спины и фибромиалгии / **Т.И. Насонова**, Е.В. Парфенова // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика**. – 2022. – Т. 14. – № 3. – С. 26-31. [Scopus]
10. **Насонова, Т.И.** Типичная врачебная практика ведения пациентов с фибромиалгией / **Т.И. Насонова**, В.А. Парфенов, А.Х. Мухаметзянова // **Consilium Medicum**. – 2022. – Т. 24. – № 11. – С. 796-799.
11. Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии: лингвистическая адаптация русскоязычной версии / **Т.И. Насонова**, М.А. Бахтадзе, А.Х. Мухаметзянова, А.И. Исайкин // **Российский журнал боли**. – 2023. – Т. 21. – № 1. – С. 47-51. [Scopus]
12. Опросник для выявления фибромиалгии: лингвистическая адаптация русскоязычной версии / **Т.И. Насонова**, М.А. Бахтадзе, А.Х. Мухаметзянова, А.И. Исайкин // **Российский журнал боли**. – 2022. – Т. 20. – № 3. – С. 16-20. [Scopus]
13. Психические расстройства у пациентов с фибромиалгией: психометрическая оценка тревоги, депрессии, соматизации и расстройств личности / **Т.И. Насонова**, Д.В. Романов, А.Х. Мухаметзянова, А.И. Исайкин, В.А. Парфенов // **Российский журнал боли**. – 2022. – Т. 20. – № 3. – С. 21-26. [Scopus]
14. Современные подходы к терапии фибромиалгии / **Т.И. Насонова**, А.Х. Мухаметзянова, Г.Р. Табеева, П.А. Черноусов // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика**. – 2021 – Т. 13. – № 5. – С. 83-89. [Scopus]

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ААРТ- ACTION-APS Pain Taxonomy

ACR- American College of Rheumatology

FIQR- Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

FiRST- Fibromyalgia Rapid Screening Tool

БНЧС- боль в нижней части спины

ГШТД- госпитальная шкала тревоги и депрессии

КПТ-когнитивно-поведенческая терапия

ЛФК- лечебная физкультура

НПВС/НПВП- нестероидные противовоспалительных средства/препараты

ФМ- фибромиалгия

ЦРШ- числовая рейтинговая шкала