

# Типичная врачебная практика ведения пациентов с фибромиалгией

Т.И. Насонова✉, В.А. Парфенов, А.Х. Мухаметзянова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

## Аннотация

Фибромиалгия (ФМ) проявляется хроническим распространенным болевым синдромом, нарушениями сна, ощущением усталости и субъективными когнитивными нарушениями. Отмечается поздняя диагностика ФМ в разных странах, отсутствуют данные о типичной врачебной практике ведения пациентов с ФМ в нашей стране.

**Цель.** Проанализировать предшествующую типичную практику ведения пациентов с ФМ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 53 пациента с ФМ (47 женщин и 6 мужчин), средний возраст 46,8±14,6 года. Оценивались длительность симптомов ФМ (годы), интенсивность болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале, качество жизни с помощью обновленного опросника для оценки влияния ФМ (FIQR), эмоциональное состояние по госпитальной шкале тревоги и депрессии, проводимое лечение.

**Результаты.** Длительность симптомов до установления диагноза ФМ составила 7,0 (2,0–15,0) года. Интенсивность боли при первичном осмотре у пациентов с ФМ по цифровой рейтинговой шкале – 7,1±1,9 балла, влияние на качество жизни пациентов с ФМ по FIQR – 54,9±18,4 балла. У большинства (85%) пациентов диагноз ФМ до госпитализации не поставлен. Не выявлено статистически значимых отличий в интенсивности боли ( $p=0,478$ ), уровне качества жизни ( $p=0,611$ ), уровне тревоги (0,159) и депрессии (0,347) в группах пациентов, у которых установлен или отсутствовал диагноз ФМ.

**Заключение.** ФМ редко диагностируется в нашей стране, даже в случаях установления диагноза пациенты во многих случаях не получают эффективного лечения, что отражает низкую информированность врачей о современных методах диагностики и лечения ФМ.

**Ключевые слова:** фибромиалгия, хроническая боль, хронический распространенный болевой синдром, диагностика фибромиалгии, лечение фибромиалгии

**Для цитирования:** Насонова Т.И., Парфенов В.А., Мухаметзянова А.Х. Типичная врачебная практика ведения пациентов с фибромиалгией. Consilium Medicum. 2022;24(11):796–799. DOI: 10.26442/20751753.2022.11.202013

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

ORIGINAL ARTICLE

## Typical practice for managing patients with fibromyalgia

Tatiana I. Nasonova✉, Vladimir A. Parfenov, Albina Kh. Mukhametzyanova

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

## Abstract

**Background.** Fibromyalgia (FM) is manifested by chronic widespread pain syndrome, sleep disorders, fatigue and subjective cognitive impairment. There is a late diagnosis of FM in different countries; there is no data on the typical medical practice of managing patients with FM in our country.

**Aim.** To analyse the previous typical practice of managing patients with FM.

**Materials and methods.** Fifty three patients with FM (47 women and 6 men) were under observation; the average age was 46.8±14.6 years. The duration of FM symptoms (years), the intensity of pain syndrome according to a Numerical Rating Scale (NRS), quality of life using The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR), emotional state according to the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and treatment were evaluated.

**Results.** The duration of symptoms before the diagnosis of FM was 7.0 (2.0–15.0) years. The intensity of pain during the initial examination in patients with FM according to NRS – 7.1±1.9 points, the effect on the quality of life of patients with FM according to FIQR – 54.9±18.4 points. The majority of patients (85%) were not diagnosed with FM before hospitalization. There were no statistically significant differences in the intensity of pain ( $p=0.478$ ), the level of quality of life ( $p=0.611$ ), the level of anxiety (0.159) and depression (0.347) in the groups of patients who had or did not have a diagnosis of FM.

**Conclusion.** FM is rarely diagnosed in our country, even in cases of diagnosis, patients in many cases do not receive effective treatment, which reflects the low awareness of doctors about modern methods of diagnosis and treatment of FM.

**Keywords:** fibromyalgia, chronic pain, chronic widespread pain syndrome, diagnosis of fibromyalgia, treatment of fibromyalgia

**For citation:** Nasonova TI, Parfenov VA, Mukhametzyanova AKh. Typical practice for managing patients with fibromyalgia. Consilium Medicum. 2022;24(11):796–799. DOI: 10.26442/20751753.2022.11.202013

## Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Насонова Татьяна Игоревна** – зав. лечебно-диагностическим отделением №1, врач-невролог Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: kuzminova\_t\_i@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0003-4971-9254

**Парфенов Владимир Анатольевич** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-1992-7960

**Мухаметзянова Альбина Хамитовна** – ординатор каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-0827-9427

✉ **Tatiana I. Nasonova** – Head of the Department, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: kuzminova\_t\_i@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0003-4971-9254

**Vladimir A. Parfenov** – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-1992-7960

**Albina Kh. Mukhametzyanova** – Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-0827-9427

## Введение

По данным исследований, от 0,2 до 6,6% людей в мире страдают фибромиалгией (ФМ) [1]. Распространенность ФМ в разных странах примерно одинаковая и не существует доказательств, что она выше в промышленно развитых странах [2]. В Российской Федерации распространенность синдрома ФМ оценивалась в популяции жителей Екатеринбурга, в которой составила 4,2% [3]. Распространенность ФМ увеличивается с возрастом, достигая пика в 50–59 лет, и затем плавно снижается [4]. Возраст пациентов на момент появления первых симптомов ФМ обычно составляет 25–40 лет. ФМ чаще встречается у женщин в соотношении от 2:1 до 30:1 в зависимости от используемых диагностических критериев [2, 4, 5]. Для ближайших родственников пациентов с ФМ риск возникновения в 8 раз выше, чем в общей популяции [6].

К симптомам ФМ относятся хронический распространенный болевой синдром, нарушения сна, субъективные когнитивные нарушения [7]. Диагноз ФМ основывается на клинических данных, не требует сложных и дорогостоящих обследований [8, 9]. Однако, несмотря на высокую распространенность и кажущуюся легкость постановки диагноза, выявление ФМ остается неудовлетворительным. От момента обращения пациента за помощью до момента постановки диагноза проходит в среднем 2,3 года [10]. В мире диагноз ФМ не выставлен у 73% пациентов, жалобы которых соответствуют критериям ФМ [11]. Возможно, это связано с низкой информированностью врачей о ФМ [12], а также с неопределенностью специальности врача (невролог, ревматолог, специалист по боли, врач общей практики), который должен вести пациентов с ФМ. Долгое время ФМ имела шифр М79.7 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра и относилась к ревматологическим заболеваниям, что, вероятно, ограничивало врачей других специальностей в постановке данного диагноза. В Международной классификации болезней 11-го пересмотра ФМ отнесена в раздел первичной боли, что указывает на целесообразность участия специалистов по боли и неврологов в ведении пациентов с ФМ [13].

Для упрощения постановки диагноза с конца XX в. ведутся попытки систематизировать знания о ФМ и создать удобные и для клиницистов, и для ученых диагностические критерии ФМ. Последние критерии ФМ, разработанные Таксономией боли Американского общества по изучению боли (The ACPTION-American Pain Society Pain Taxonomy – AAPT), опубликованы в 2019 г. и оказались очень просты в своем применении [9].

Кроме того, разработаны клинические рекомендации по лечению ФМ, в которых особый акцент сделан на применении немедикаментозных методов лечения у пациентов с ФМ с «легким» течением: образовательная программа, кинезиотерапия или лечебная физкультура, когнитивно-поведенческая терапия болевого синдрома [8, 14]. При отсутствии эффективности немедикаментозных методов лечения рекомендуется добавить фармакотерапию [15]. Основными препаратами в лечении ФМ являются антиконвульсанты (прегабалин, габапентин), антидепрессанты (дулоксетин, милнаципран, амитриптилин, венлафаксин) [14, 15]. Существует информация о возможной эффективности трамадола [15] и кветиапина [16].

Исследования, посвященные ФМ, в нашей стране единичны [3, 17], и в них не оценивалась типичная практика ведения пациентов с ФМ. Анализ ошибок диагностики и лечения пациентов с ФМ позволит избежать их в будущем и улучшить подход к ведению пациентов с этим состоянием.

**Цель исследования** – анализ диагностики и предшествующей типичной практики ведения пациентов с ФМ.

## Материалы и методы

Исследование проводилось в период с января 2020 по май 2022 г. В исследование включались все пациенты с ФМ, проходившие лечение в неврологических отделениях

Клиники нервных болезней (КНБ) им. А.Я. Кожевникова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) и подписавшие информированное добровольное согласие по форме, установленной и одобренной локальным комитетом по этике ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). Диагноз ФМ устанавливали в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологии 2016 г.

**Критерии включения** в исследование: наличие ФМ, возраст пациентов от 18 до 70 лет.

**Критерии невключения:** беременность и период грудного вскармливания, возраст до 18 лет; наличие злокачественного новообразования в течение последних 5 лет, наличие острой травмы позвоночника или других специфических заболеваний, выраженные органические когнитивные нарушения.

В исследовании приняли участие 53 пациента (47 женщин и 6 мужчин), средний возраст пациентов составил  $46,8 \pm 14,6$  года. Пациентов в возрасте 18–35 лет – 26% (14 человек), 36–44 года – 17% (9 человек), 45–59 лет – 38% (20 человек), более 60 лет – 19% (10 человек).

У пациентов с ФМ оценивались скрининговый опросник для выявления ФМ (FiRST), количество болевых зон в соответствии с AAPT, длительность болевого синдрома (годы) до установления диагноза, интенсивность болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), качество жизни – по обновленному опроснику для оценки влияния ФМ (FIQR), проведенные лабораторные и инструментальные методы обследования и проводимое ранее лечение. Для скрининга тревожных и депрессивных расстройств пациенты заполняли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (ГШТД).

Дополнительно сравнили средние показатели по ЦРШ, FIQR, ГШТД и проанализировали проводимое лечение до обращения в КНБ у пациентов, которые знали о своем диагнозе, и у пациентов, которым диагноз не поставлен.

Анализ данных проводился с помощью методов описательной, параметрической и непараметрической статистики. Данные для непрерывных переменных с нормальным распределением представлены в виде  $M \pm \delta$ , где  $M$  – среднее значение, а  $\delta$  – среднее квадратичное отклонение. Данные для непрерывных переменных с ненормальным распределением 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 ненормальным распределением – критерий Манна-Уитни. Для сравнения групп по качественным переменным использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23 (IBM Corporation, США) и Jamovi v. 1.6 2021 (Jamovi project, Австралия). При оценке результатов статистически значимыми считали результаты при значениях  $p < 0,05$ .

## Результаты

Только у 15,1% (8 из 53 пациентов) с ФМ до госпитализации установлен диагноз ФМ. По опроснику для выявления ФМ (FiRST) пациенты с ФМ набирали 5,0 (4,0–6,0) балла. Ни один пациент никогда не проходил тестирование FiRST до госпитализации в КНБ. Среднее количество болевых зон по критериям AAPT у группы пациентов с ФМ  $6,9 \pm 1,6$  (всего зон 9).

Характеристики болевого синдрома пациентов с ФМ представлены в табл. 1. Применяемые методы диагностики и лечения до поступления в стационар представлены в табл. 2, 3 соответственно. Анализ проводимой терапии у пациентов с установленным до госпитализации диагнозом ФМ и пациентов, у которых диагноз ФМ не установлен, представлен в табл. 4.

## Обсуждение

За рубежом в течение последних нескольких лет возрос интерес исследователей к ФМ как феномену первичной хронической

**Таблица 1. Характеристики пациента с ФМ неврологического стационара**

Мужчины/женщины	1/7,8
Возраст пациентов, лет	46,8±14,6
Длительность болевого синдрома до установления диагноза, годы	7,0 (2,0–15,0)
Максимальная интенсивность болевого синдрома (ЦРШ), баллы	7,1±1,9
Число пациентов с флуктуацией интенсивности болевого синдрома в течение дня, абс. (%)	43 (81,1)
Влияние на качество жизни (FIQR), баллы	54,9±18,4
HADS (тревога), баллы	10,9±4,5
HADS (депрессия), баллы	7,9±3,4
<i>Работоспособность, абс. (%)</i>	
Работают полный день	7 (13,2)
Работают неполный рабочий день и/или удаленно	19 (35,8)
Не работают	27 (50,9)
Инвалидность по диагнозу ФМ	3 (5,7)
Наличие стрессовых факторов до начала заболевания	34 (64,2)
Наличие суицидальных мыслей в анамнезе в связи с наличием симптомов ФМ	8 (15,1)

**Таблица 2. Лабораторные и инструментальные методы исследования до поступления в стационар**

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

ческой боли [9]. В нашей стране отсутствуют исследования по анализу типичной практики ведения пациентов с ФМ, которые предполагают анализ сложностей диагностики, ведения пациентов и назначаемого лечения. Поводом нашего исследования послужило изучение тактики ведения пациентов с ФМ.

Исходя из новых диагностических критериев ААРТ диагноз ФМ может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза и осмотра пациента [9], однако недостаточная осведомленность о заболевании приводит к необоснованному назначению большого количества дополнительных методов диагностики, несвоевременной постановке диагноза и неверному лечению ФМ. Результаты проведенного исследования показывают низкую информированность врачей в отношении диагноза ФМ: большинству (85%) пациентов диагноз ФМ не выставлен, хотя они болели в течение нескольких лет и неоднократно обращались за медицинской помощью.

В нашем исследовании длительность симптомов ФМ у пациентов до постановки диагноза составляла 7,0 (2,0–15,0) года, что значительно больше, чем в аналогичном зарубежном исследовании E. Choу и соавт. [10]. В исследовании E. Choу и соавт. у 800 пациентов из 8 стран (Франция, Германия, Италия, Мексика, Нидерланды, Южная Корея, Испания и Соединенное Королевство) в среднем время до постановки диагноза составило 2,3 года. При этом в большинстве стран оно находится в диапазоне от 2,1 до 2,7 года. Исключением стали Испания (3,7 года) и Южная Корея (0,6 года) [10].

В нашем исследовании не выявлено статистически значимой разницы в интенсивности боли, выраженности эмоциональных расстройств и качества жизни у тех пациентов, которые знали о своем диагнозе до госпитализации в КНБ, и тех, кому диагноз выставлен впервые. Это может быть связано с тем, что госпитализированные пациенты, знавшие о

**Таблица 3. Сравнение интенсивности болевого синдрома, качества жизни, уровня тревоги и депрессии у пациентов с установленным до госпитализации диагнозом ФМ и пациентов, у которых диагноз ФМ не установлен**

	Пациенты, которым до госпитализации не установлен диагноз ФМ (n=45)	Пациенты, которым до госпитализации установлен диагноз ФМ (n=8)	p
ЦРШ	7 (6,0–8,0)	8 (7,25–8,25)	0,478
	7,04±1,91	7,38±2,26	
FIQR	55,0 (41,2–67,7)	54,1 (49,1–72,7)	0,611
	54,1±18,4	59,3±18,8	
ГШТД – тревога	11,0 (7,0–14,0)	7,5 (6,75–10,0)	0,159
	11,3±4,44	9,0±4,47	
ГШТД – депрессия	8,0 (6,0–11,0)	6,5 (5,75–8,25)	0,347
	8,11±3,56	6,88±2,03	

**Таблица 4. Анализ проводимой терапии у пациентов с установленным до госпитализации диагнозом ФМ и пациентов, у которых диагноз ФМ не установлен**

	Пациенты, которым до госпитализации не установлен диагноз ФМ (n=45)	Пациенты, которым до госпитализации установлен диагноз ФМ (n=8)	p
Получали адекватную* медикаментозную терапию, абс. (%)	23 (51,1)	8 (100)	0,010
Получали адекватное** немедикаментозное лечение, абс. (%)	15 (33,3)	2 (25)	0,642
Комбинированное (немедикаментозное и медикаментозное) лечение, абс. (%)	9 (20)	2 (25)	0,748

\*Адекватной медикаментозной терапией считался прием пациентом антидепрессанта (дулоксетин, милнаципран, амитриптилин, венлафаксин), прием антиконвульсанта (прегабалин, габапентин) или комбинации антидепрессанта + антиконвульсанта, антидепрессанта + антидепрессанта; \*\*адекватными методами немедикаментозной терапии считались лечебная физкультура, психологические методы лечения, в том числе когнитивно-поведенческая терапия.

своем диагнозе, исходно имели более выраженные жалобы и более тяжелое течение ФМ, и поэтому их показатели оказались схожи с пациентами, которые не знали своего диагноза до госпитализации. Однако наиболее вероятно, что это связано с отсутствием статистически значимой разницы в проводимом до госпитализации нефармакологическом и комбинированном лечении у пациентов с диагнозом и без него. Статистически значимая разница выявлена только в применяемом медикаментозном лечении, однако его оказалось недостаточно для получения значимого эффекта.

В связи с длительным промежутком неэффективного или недостаточно эффективного лечения пациенты с ФМ при госпитализации оценивали интенсивность боли как высокую (7,1±1,9 балла). В нашем исследовании по сравнению с зарубежными исследованиями [10] у большинства пациентов снижена работоспособность: в связи с симптомами ФМ имеют неполный рабочий день и/или удаленную работу 35,8%, не работают – 50,9%, в том числе 5,7% имеют инвалидность по диагнозу ФМ. В работе E. Choу и соавт. 22% пациентов оказались не в состоянии работать, а 25% не могли работать полный рабочий день [10]. В мире 1/4 пациентов с ФМ прекращают работать в течение 5 лет после постановки диагноза, а 1/3 получают финансовую поддержку, выплаты по инвалидности из-за симптомов ФМ [11, 18, 19]. В исследовании F. Wolfe и соавт. (N=2321, США) 35% получали выплаты по инвалидности [20]. В РФ пациенты с ФМ могут получить группу инвалидности с 6 октября 2021 г. [21].

По данным исследователей, своевременная постановка диагноза ФМ повышает удовлетворенность пациентов медицинской помощью [22] и снижает частоту назначения необоснованных медицинских услуг [23]. В ходе нашего исследования мы также подтвердили, что важно своевременно поставить диагноз ФМ и провести лечение, соответствующее мировым клиническим рекомендациям [8, 24–26]. Ограничениями нашего исследования можно считать небольшую выборку пациентов. Вероятно, для более точной картины нужны будут крупные многоцентровые эпидемиологические исследования на данную тему.

## Заключение

ФМ редко диагностируется в нашей стране, даже в случаях установления диагноза пациенты во многих случаях не получают эффективного лечения.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

**Информированное согласие на публикацию.** Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

**Consent for publication.** Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

**Соответствие принципам этики.** Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), выписка из протокола №01–20 заседания от 22.01.2020. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

**Ethics approval.** The study was approved by the local ethics committee of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); №01-20 of 22.01.2020. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

## Литература/References

- Marques AP, Santo ASDE, Bersanetti AA, et al. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2017;57(4):356–63. DOI:10.1016/j.rbre.2017.01.005
- Jones GT, Atzeni F, Beasley M, et al. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheum*. 2015;67(2):568–75. DOI:10.1002/art.38905
- Стороженко О.Н. Распространенность и факторы риска синдромов фибромиалгии и хронической генерализованной боли в популяции г. Екатеринбург: дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. Режим доступа: [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_004060836/](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_004060836/) / Ссылка активна на 23.10.2022 [Storozhenko ON. Rasprostranennost' i faktory riska sindromov fibromialgii i khronicheskoi generalizovannoi boli v populyatsii g. Yekaterinburga: dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2004. Available at: [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_004060836](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_004060836). Accessed: 23.10.2022 (in Russian)].
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. Aspects of fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol*. 1995;22(1):151–6.

- Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19–28. DOI:10.1002/art.1780380104
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2004;50(3):944–52. DOI:10.1002/art.20042
- Häuser W, Sarzi-Puttini P, Fitzcharles M. Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37 Suppl. 116(1):90–7. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747096/> Accessed: 23.10.2022.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318–28. DOI:10.1136/annrheumdis-2016-209724
- Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2019;20(6):611–28. DOI:10.1016/j.jpain.2018.10.008
- Choy E, Perrot S, Leon T, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:102. DOI:10.1186/1472-6963-10-102
- Walitt B, Nahin RL, Katz RS, et al. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLOS One*. 2015;10(9):e0138024. DOI:10.1371/journal.pone.0138024
- Яхно Н.Н. Боль, практическое руководство. М.: МЕДпресс-информ, 2022 [Yakhno NN. Bol', prakticheskoe rukovodstvo. Moscow: MEDpress-inform, 2022 (in Russian)].
- Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19–27. DOI:10.1097/j.pain.0000000000001384
- Насонова Т.И., Мухаметзянова А.А., Табеева Г.Р., и др. Современные подходы к терапии фибромиалгии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(5):83–9 [Nasonova TI, Mukhametzyanova AK, Tabeeva GR, et al. Modern approaches to the treatment of fibromyalgia. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(5):83–9 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-5-83-89
- Bennett RM, Kamin M, Karim R, et al. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med*. 2003;114(7):537–45. DOI:10.1016/s0002-9343(03)00116-5
- Walitt B, Klose P, Üçeyler N, et al. Antipsychotics for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(9). DOI:10.1002/14651858.cd011804.pub2
- Теплякова О.В., Попов А.А., Волкова Л.И., и др. Фибромиалгия: клиническая картина и варианты заболевания. *Современная ревматология*. 2020;14(2):45–51 [Teplyakova OV, Popov AA, Volkova LI, et al. Fibromyalgia: clinical presentations and variants of the disease. *Sovremennaya Revmatologiya*. 2020;14(2):45–51 (in Russian)]. DOI:10.14412/1996-7012-2020-2-45-51
- Guymer EK, Littlejohn GO, Brand CK, et al. Fibromyalgia onset has a high impact on work ability in Australians. *Int Med J*. 2016;46(9):1069–74. DOI:10.1111/imj.13135
- Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Rampakakis E, et al. Disability in Fibromyalgia Associates with Symptom Severity and Occupation Characteristics. *J Rheumatol*. 2016;43(5):931–6. DOI:10.3899/jrheum.151041
- Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, et al. Social security work disability and its predictors in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res*. 2014;66(9):1354–63. DOI:10.1002/acr.22305
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 6 октября 2021 г. №680н «О внесении изменения в приложение №1 к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 г. №585н». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202201180015>. Ссылка активна на 23.10.2022 [Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation of October 6, 2021 No. 680n "On Amendments to Appendix No. 1 to the Classifications and Criteria Used in the Medical and Social Expertise of Citizens by Federal State Institutions of Medical and Social Expertise, approved by order of the Ministry of Labor and social protection of the Russian Federation dated August 27, 2019 No. 585n. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202201180015>. Accessed: 23.10.2022 (in Russian)].
- White KP, Nielson WR, Harth M, et al. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*. 2002;29(3):588–94. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11908578/> Accessed: 23.10.2022.
- Hughes G, Martinez C, Myon E, et al. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum*. 2006;54(1):177–83. DOI:10.1002/art.21545
- Fitzcharles MA, Shir Y, Ablin JN, et al. Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:528952. DOI:10.1155/2013/528952
- Häuser W, Ablin J, Perrot S, et al. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med*. 2017;127(1):47–56. DOI:10.20452/pamw.3877
- Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):119–26. DOI:10.1155/2013/918216

Статья поступила в редакцию /

The article received:

01.11.2022

Статья принята к печати /

The article approved for publication:

12.12.2022



OMNIDOCTOR.RU