

Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай

Т.И. Насонова^{✉1}, Д.В. Романов^{1,2}, А.И. Исайкин¹

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Аннотация

Представлен клинический случай эффективного лечения фибромиалгии у пациентки 58 лет междисциплинарной командой неврологов и психиатра-психотерапевта. В течение 5 лет до госпитализации в Клинику нервных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) у пациентки, страдающей распространенной хронической болью в спине и конечностях, не установлен диагноз фибромиалгии, она проходила многочисленные дорогостоящие обследования и различные методы терапии, которые оказывались неэффективными, что ухудшало ее состояние и усиливало интенсивность болевого синдрома. Установление фибромиалгии, выявление сопутствующих психических расстройств позволило использовать фармакотерапию и нефармакологические методы лечения (когнитивно-поведенческая терапия, кинезиотерапия), которые привели к стойкому улучшению состояния, уменьшению болевого синдрома в течение 6 мес последующего наблюдения.

Ключевые слова: фибромиалгия, фармакологические и нефармакологические методы лечения фибромиалгии, диагностические критерии
Для цитирования: Насонова Т.И., Романов Д.В., Исайкин А.И. Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай. Consilium Medicum. 2021;23(11):874–878. DOI: 10.26442/20751753.2021.11.201142

CASE REPORT

Questions of effective treatment of fibromyalgia. Case report

Tatiana I. Nasonova^{✉1}, Dmitry V. Romanov^{1,2}, Alexey I. Isaykin¹

¹Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

²Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Abstract

A clinical case of effective treatment of fibromyalgia in a 58-year-old patient by an interdisciplinary team of neurologists and a psychiatrist-psychologist is presented. For 5 years before being hospitalized at the Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) Clinic of Nervous System Diseases, a patient suffering from widespread chronic pain in the back and extremities was not diagnosed with fibromyalgia, she underwent numerous expensive examinations and various methods of therapy that were not effective, worsened her condition and increased the intensity of the pain syndrome. The establishment of fibromyalgia, the identification of concomitant mental disorders, allowed the use of pharmacotherapy and non-pharmacological methods of treatment (cognitive behavioral therapy, kinesiotherapy), which led to a persistent improvement in the condition, a decrease in pain syndrome during 6 months of follow-up.

Keywords: fibromyalgia, pharmacological and non-pharmacological methods of treatment of fibromyalgia, diagnostic criteria

For citation: Nasonova TI, Romanov DV, Isaykin AI. Questions of effective treatment of fibromyalgia. Case report. Consilium Medicum. 2021;23(11):874–878. DOI: 10.26442/20751753.2021.11.201142

Фибромиалгия (ФМ) – хронический болевой синдром, проявляющийся скелетно-мышечными болями, формированием «триггерных точек» и сопровождающийся астенией, нарушениями сна и другими симптомами [1].

В 1642 г. Guillaume de Vailou представил первое описание хронического распространенного болевого синдрома, используя термин «мышечный ревматизм» [2]. В 1904 г. W. Gowers [3] называл термином «фиброзит» «боль при прикосновении кончиками пальцев к мышцам, затвердевшим от воспаления

волокнистой ткани» у пациентов с гиперчувствительностью к механическим воздействиям, усталостью, нарушением сна. E. Boland в 1947 г., ссылаясь на отсутствие объективных данных, соответствующих хронической распространенной боли пациентов, предложил термин «психогенный ревматизм», который он считал проявлением функциональных расстройств, стрессовых состояний или психоневрозов [4].

В 1976 г. P. Hench ввел термин ФМ для обозначения формы несуставного ревматизма [5], а в 1977 г. H. Smythe

Информация об авторах / Information about the authors

✉Насонова Татьяна Игоревна – аспирант каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины, врач-невролог 3-го неврологического отд-ния Клиники нервных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: tatiana.martova@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4971-9254

Романов Дмитрий Владимирович – д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии и психосоматики Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), вед. науч. сотр. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ. ORCID: 0000-0002-1822-8973

Исайкин Алексей Иванович – канд. мед. наук, доц. каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0003-4950-144X

✉Tatiana I. Nasonova – Graduate Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

E-mail: tatiana.martova@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4971-9254

Dmitry V. Romanov – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Mental Health Research Center. ORCID: 0000-0002-1822-8973

Alexey I. Isaykin – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0003-4950-144X

и соавт. предложили первые диагностические критерии, основанные на наличии у пациентов тендерных точек и «не приносящего отдыха» сна [6]. В 1987 г. Американская медицинская ассоциация признала ФМ самостоятельным заболеванием.

По современным представлениям ФМ является заболеванием, диагноз которого может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза и осмотра пациента и не требует проведения дополнительных инструментальных и лабораторных исследований. Патогенез ФМ до сих пор не изучен, а надежные биологические маркеры заболевания отсутствуют [7]. В этой связи особую значимость приобретает детальное клиническое обследование.

В отечественной литературе описаны лишь единичные клинические случаи пациентов с ФМ, при этом не использовались современные методы диагностики и лечения [8]. Поэтому представляет интерес изложение клинического наблюдения пациентки с ФМ, которая получила эффективное лечение в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ) ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).

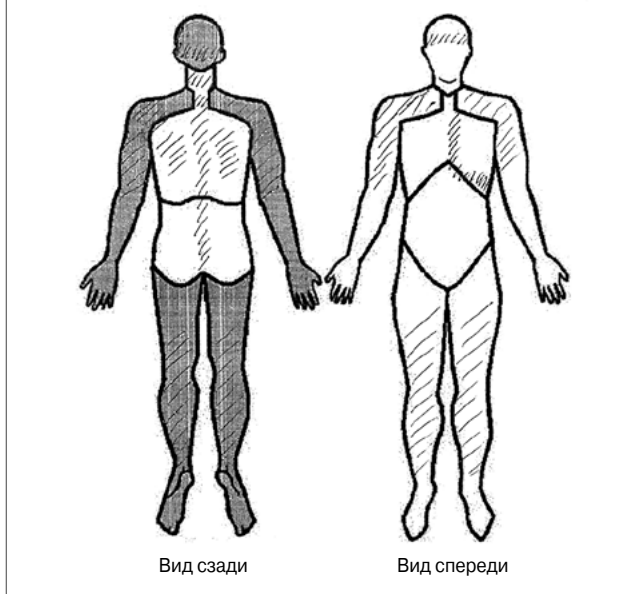
Клиническое наблюдение

Пациентка К., 58 лет, поступила в КНБ 25.09.2020 с жалобами на боли жгучего, ноющего характера в мышцах всего тела; нарушения сна с проблемами засыпания и частыми пробуждениями (ранняя и средняя инсомния), на эпизодическое онемение кожи в области носогубного треугольника, периодически возникающее чувство «внутренней дрожи», переходящие забывчивость, рассеянность.

Считает себя больной с августа 2015 г. (53 года). После потери сознания (вызванного приемом нитроглицерина) начала отмечать диффузные мышечные боли жгучего, ноющего характера, эпизодически возникающее ощущение «внутренней дрожи». До января 2016 г. самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) с временным положительным эффектом. В феврале 2016 г. из-за сохранения указанных жалоб обратилась к неврологу. Назначенную терапию (циталопрам, алимемазин) отменила самостоятельно в связи с плохой переносимостью. В течение последующих 4 лет неоднократно обращалась к врачам-неврологам. Пациентке выставлялись различные диагнозы: «остеохондроз», «дисфункция вегетативной нервной системы», «цервикалгия, торакалгия и люмбашиалгия», «дорсопатия шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника». По данным предоставленной медицинской документации, пациентке постоянно предлагалось пройти дополнительные обследования. Назначались миорелаксанты, НПВП, биологически активные добавки без значительного эффекта. Применялись антидепрессанты (эсциталопрам, пароксетин, амитриптилин) зачастую с быстрой титрацией доз, что приводило к развитию побочных эффектов. Из немедикаментозных методов лечения пациентка получала кинезиотерапию, после которой, с ее слов, наступало временное улучшение, но оставался страх, что она «может навредить своему организму» ведь ни она, ни врач лечебной физкультуры «не знает ее точного диагноза». Проводились лечебные блокады глюкокортикоидами (Дипроспан, дексаметазон) с развитием побочных эффектов (потеря сознания, отек Квинке). Через 1 год от начала заболевания в связи с сохраняющимися жалобами вынуждена уйти с работы, что также мотивировала необходимостью выяснить причину болезни, прежде всего посвятив время и силы новым обследованиям.

Поданным предоставленных анализов от 18.09.2020: тиреотропный гормон 0,69 мкМЕ/мл, трийодтиронин 3,02 пг/мл, тироксин 0,92 нг/дл, что соответствует нормальным значениям. По данным обследований: магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга от 02.12.2016: еди-

Рис. 1. Распределение болевых участков у пациентки К. в соответствии с критериями ААРТ.



ничные очаговые изменения белого вещества головного мозга на фоне артериальной гипертензии. МРТ шейного отдела позвоночника от 02.05.2020: задняя медиальная грыжа диска C_V-C_{VI} 0,3 см, протрузия диска $C_{IV}-C_V$ 0,2 см, спондилоартроз. МРТ грудного отдела позвоночника от 02.05.2020: спондилоартроз, протрузии дисков $T_{III}-T_{IV}$ 0,2 см, $T_{IV}-T_V$ 0,2 см, гемангиомы тела позвонков T_{XI} 1,2×1,0 см, T_{XII} 1,1×0,8 см. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и копчика от 05.05.2020: спондилоартроз, спондилез, периневральные кисты на уровне S_{II} , задняя медиальная грыжа диска L_V-S_1 0,4 см, протрузии диска $L_{IV}-L_V$ 0,25 см. По данным электронейромиографии периферических нервов верхних и нижних конечностей от 2020 г. не обнаружено изменений. По данным дуплексного сканирования от 05.05.2020: начальные проявления атеросклероза брахиоцефальных артерий, извитость левой внутренней сонной артерии, клинически не значимая, малый диаметр правой позвоночной артерии, аномалия входа правой позвоночной артерии на уровне C_V .

Госпитализирована в КНБ в связи с нарастанием болей и неэффективностью амбулаторного лечения.

Анамнез жизни. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Пациентка замужем, детей нет. Два высших образования, до ухода на пенсию занимала руководящую должность. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, узловой зоб, эутиреоз. Гинекологический анамнез: менопауза с 32 лет (после удаления яичников по поводу эндометриоза). Аллергологический анамнез: отек Квинке в анамнезе. Вредные привычки отрицает.

В соматическом статусе изменений не выявлено, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., на фоне приема антигипертензивной терапии (эналаприл 10 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут), пульс удовлетворительного наполнения, 72 уд/мин. Индекс массы тела 29,6 кг/м².

В неврологическом статусе не выявлено изменений. Эмоциональные расстройства тревожного круга. Фиксирована на своих жалобах. При пальпации обнаружена болезненность перикраниальных (височных/жевательных) мышц, паравертебральных мышц шейного отдела позвоночника (трапециевидной, задней нижней косой, ременной, ромбовидной). Болезненность при пальпации 13/18 фибромиегических точек (критерии Американского колледжа ревматологии – ACR, 1990). Болезненность в 8 из 9 областей по

Характеристики	Критерии ACR 1990 г.	Критерии ACR 2016 г. (пересмотр критериев ACR, 2010/2011)	Критерии AAPT 2019 г.
Наличие распространенной боли, длящейся не менее 3 мес	+	+	+
Исследование точек пальпаторно с давлением 4 кг	≥11 болевых точек из 18 при пальпации	-	-
Использование индекса распространенности боли (WPI) и шкалы выраженности симптомов (SSS)	-	WPI≥7 баллов и SSS≥5 баллов или WPI 4–6 баллов and SSS≥9 баллов	-
Определение количества болевых зон	-	Боль в 4 из 5 участков тела (левая и правая рука, левая и правая нога, аксиально)	Боль в 6 из 9 участков тела (левая и правая рука, левая и правая нога, голова, грудь, живот, нижняя часть спины, включая ягодичную область, верхняя часть спины, включая шею)
Проблемы со сном, усталость/утомляемость	-	+	+
Не исключается наличие других клинически значимых заболеваний	ФМ – диагноз исключения	ФМ не исключает наличия других клинически значимых заболеваний	Предполагается наличие характерных коморбидных заболеваний

таксономии боли Американского общества по изучению боли – ААПТ (рис. 1).

Цифровая рейтинговая шкала боли: 5 из 10 баллов на момент поступления (самая сильная боль за неделю, предшествующую госпитализации, 10 баллов). Скрининговый опросник для выявления ФМ (FIRST): 5 баллов, что говорит о наличии ФМ у пациентки. Диагностический опросник DN4: 2 балла, что свидетельствует об отсутствии невропатического компонента боли. Шкала сонливости Эпворта: патологическая сонливость отсутствует (6 баллов). Индекс выраженности бессонницы (ISI): у пациентки имеются умеренные нарушения сна (21 балл). Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): клинически выраженная тревога (15 баллов) при подпороговых значениях депрессии (3 балла). Опросник соматизированных расстройств SOMS-2: высокий уровень соматизации (34 балла). Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA): 30 баллов, поэтому при наличии субъективных жалоб пациентки на забывчивость и рассеянность объективных данных в пользу наличия когнитивных расстройств нет.

Структура личности согласно интервью для оценки расстройств личности SCID-II-PD: избегающее – 0 баллов, зависимое – 2 балла, обсессивно-компульсивное – 1 балл, пассивно-агрессивное – 0 баллов, депрессивное – 0 баллов, параноидное – 1 балл, шизотипическое – 5 баллов, шизоидное – 3 балла, гистрионное – 3 балла, нарциссическое – 2 балла, пограничное – 0 баллов, антисоциальное – 0 баллов. Единственное расстройство личности, достигающее порогового уровня, – шизотипическое (порог – 5 баллов).

Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, в том числе С-реактивный белок, коагулограмма, ревматоидный фактор – в пределах нормы. Анализы крови на ВИЧ, сифилис, гепатит В, С – отрицательные.

При рентгенографии органов грудной клетки, электрокардиограмме патологии не выявлено.

Консультация психиатра-психотерапевта от 06.10.2020: соматоформное расстройство (F45.0) с явлениями соматизации и тревоги о здоровье у пациентки с шизотипическим расстройством личности.

Учитывая хроническое течение диффузного болевого синдрома, у пациентки с нарушением ночного сна, патологической усталостью в течение дня, субъективными когнитивными нарушениями установлена ФМ. С учетом наличия коморбидных психических расстройств выставлен сопутствующий диагноз: соматоформное расстройство у пациентки с шизотипическим расстройством личности.

В стационарных условиях медикаментозная терапия ФМ проводилась дулоксетином 30 мг утром, amitриптилином 12,5 мг на ночь. В КНБ сделали попытку назначения пациентке кветиапина, у которого имеется доказательная база

при лечении ФМ [9], однако у пациентки наблюдалась выраженная гипотония на фоне его приема. После консультации психиатра с учетом неудовлетворительной переносимости назначаемых прежде психотропных препаратов схема терапии скорректирована: дулоксетин 30 мг утром, amitриптилин 12,5 мг на ночь, сульпирид 50 мг утром с последующим постепенным повышением дозировки до 100 мг утром, 100 мг днем (200 мг/сут).

Пациентке подобран индивидуальный комплекс физических упражнений (кинезиотерапия).

С пациенткой проведена образовательная психотерапевтическая беседа: объяснен доброкачественный характер болевого синдрома, выставлен окончательный диагноз. Использованы методики когнитивно-поведенческой терапии, направленные на отслеживание автоматических мыслей, свойственных состояниям с преобладанием «тревоги о здоровье», – health anxiety («катастрофизация», «непереносимость неопределенности», «избирательность восприятия», «слияние мысли и действия»), которые приводили к хронизации болевого синдрома и других неприятных телесных ощущений [10]. Обсуждена польза ведения дневника боли, сохранения всех видов активности.

Пациентка выписана с рекомендациями:

1. Прием дулоксетина 30 мг утром в течение 6 мес, amitриптилина 12,5 мг на ночь в течение 6 мес, сульпирида 100 мг утром, 100 мг днем в течение 6 мес.
2. Постепенное снижение массы тела (до 1 кг в мес).
3. Ведение дневника питания. Ведение дневника боли. Гигиена сна.
4. Наблюдение неврологом, психиатром-психотерапевтом по месту жительства.
5. Динамическое наблюдение в КНБ через 6 мес для решения вопроса о коррекции принимаемой терапии.

В апреле 2021 г. пациентка пришла на прием для коррекции поддерживающей терапии. На фоне терапии, активного образа жизни, соблюдения гигиены сна, ведения дневника автоматических мыслей у пациентки полностью регрессировал болевой синдром (Цифровая рейтинговая шкала боли – 0), снизился уровень тревоги (HADS: тревога – 5, депрессия – 2), остаются незначительные трудности со сном (частые пробуждения). Болезненность при пальпации 2/18 фибромиалгических точек (критерии ACR, 1990). Болезненность в 0 из 9 областей по классификации ААПТ.

Коррекция поддерживающей терапии с учетом резидуальной инсомнии: дулоксетин 30 мг утром, amitриптилин 25 мг на ночь; постепенная отмена сульпирида.

Обсуждение

ФМ характеризуется хроническим распространенным болевым синдромом в сочетании с усталостью и нару-

шениями сна [7]. Распространенность ФМ в общей популяции варьирует от 2 до 4% [11, 12] и увеличивается с возрастом, достигая пика в 50–59 лет, и затем постепенно снижается [13]. В реальной клинической практике диагностика ФМ обычно занимает более 2 лет, за это время пациенты в среднем обращаются к 3–4 (3,7) разным врачам и не получают эффективного лечения [14].

В настоящее время боль при ФМ расценивается как ноципластическая, т.е. характеризуется изменением восприятия болевых стимулов без признаков реального нарушения целостности тканей и повреждения в соматосенсорной системе. Согласно актуальным диагностическим критериям диагноз ФМ является клиническим, т.е. может быть поставлен на первичном приеме специалиста (врача общей практики, терапевта, невролога) на основании жалоб, анамнеза и осмотра пациента [7].

В настоящее время для диагностики ФМ чаще всего используются критерии ACR 1990 г. [15] или пересмотренные критерии 2016 г. [16]. Данные критерии могут эффективно использоваться в научных исследованиях ФМ, однако достаточно сложные для применения в повседневной клинической практике (табл. 1).

Более удобными для применения на первичном врачебном приеме могут стать новые диагностические критерии для ФМ, утвержденные международной рабочей группой AAPT в 2019 г. [7]. Последующие исследования позволят оценить надежность и достоверность данных критериев. Тем не менее на данном этапе эти диагностические критерии должны быть активно внедрены в практику врачей-неврологов, ревматологов, терапевтов и врачей общей практики.

1. Распространенная боль – боль, которая определяется в 6 или более болевых участках из общего числа 9 возможных участков.
2. Умеренные и тяжелые проблемы со сном или усталость.
3. Распространенная боль в сочетании с усталостью или проблемами со сном должны присутствовать в течение по крайней мере 3 мес.

Авторы данных критериев утверждают, что ни одна из клинических, серологических или радиологических находок не патогномична для ФМ, в то же время ни одна из находок не исключает данный диагноз. Авторы обращают внимание на широкий спектр коморбидных расстройств, характерных для ФМ. Он включает соматические болевые синдромы, психические расстройства, нарушения сна и ревматические заболевания. Отмечены факторы риска развития ФМ, которые включают предрасположенность к функциональным хроническим болевым расстройствам, внешние стрессовые факторы (например, неблагоприятные события в раннем детстве, психотравмирующие ситуации) [7].

В представленном клиническом случае имела ФМ, которая соответствовала критериям 1990 г., а также критериям AAPT, опубликованным в 2019 г. У пациентки не подтвердилась вторичная ФМ на фоне ревматологического заболевания.

Обращает на себя внимание длительный период (5 лет), когда пациентка находилась без диагноза. В течение этого времени получала лечение НПВП, миорелаксантами, биологически активными добавками – препаратами без доказательной базы при лечении ФМ, по данным систематических обзоров и рандомизированных контролируемых исследований, являются антидепрессанты (амитриптилин, дулоксетин, милнаципран) и антиконвульсанты (прегабалин, габапентин) [17–20]. Кроме того, пациентке проводились лечебные блокады, которые также не показаны для лечения пациентов с ФМ и в обсуждаемом наблюдении сопровождалась побочными эффектами. Назначены ненужные дорогостоя-

щие обследования, которые лишь усугубили тревогу о здоровье. За время лечения пациентка не консультировалась у психиатра.

У пациентов с ФМ зачастую имеются сопутствующие психические расстройства [7], что имело место также у нашей пациентки. Выявление психических расстройств и характерологических аномалий у пациентов с ФМ позволяет корректировать принимаемую терапию, что значительно повышает шансы на выздоровление.

Немедикаментозные методы лечения, такие как образовательная беседа (в том числе психокоррекционная), кинезиотерапия и методики когнитивно-поведенческой терапии приводят к улучшению качества жизни при ФМ [21–23], поэтому активно применялись у данной пациентки.

Существует несколько факторов, которые приводят к гиподиагностике ФМ. Во-первых, во всем мире отмечается низкая осведомленность врачей о ФМ [14]. Во-вторых, в настоящее время в Международной классификации болезней 10-го пересмотра диагноз ФМ имеет шифр M79.7, относится к рубрике «Другие болезни мягких тканей», вследствие чего этот диагноз беспрепятственно выставляют только ревматологи. Неврологи и психиатры в своей практике намного реже прибегают к выставлению диагнозов под этим кодом, особенно в рамках стационарного этапа лечения, из-за несоответствия стандартов лечения. В Международной классификации болезней 11-го пересмотра ФМ будет кодироваться шифром MG30.01 (Хроническая распространенная боль) в рубрике «Хронической первичной боли» [24], что, вероятно, позволит врачам любой специальности выставлять данный диагноз на приеме. Кроме этого, в России мало специализированных центров по лечению боли, во многих городах отсутствуют даже кабинеты по лечению болевых синдромов [25]. Все перечисленное приводит к тому, что пациенты не могут получить квалифицированную помощь при ФМ.

Таким образом, своевременное установление правильного диагноза, работа мультидисциплинарной команды врачей, открытие новых центров и кабинетов боли позволят повысить эффективность лечения и качество жизни, а также снизить уровень инвалидизации пациентов.

Данная пациентка находится под наблюдением в КНБ менее 1 года, что не позволяет исключить возможный рецидив заболевания, поэтому судить о его течении пока рано. Однако обращает на себя внимание то, что подобранная медикаментозная терапия в совокупности с немедикаментозными методами лечения имела положительный эффект в период 6 мес наблюдения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Благодарности. Авторы выражают благодарность профессору, доктору медицинских наук, заведующему кафедрой нервных болезней и нейрохирургии, директору Клиники нервных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Парфенову Владимиру Анатольевичу.

Acknowledgments. The authors wish to express their sincerest gratitude to Professor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Director of the Clinic of Nervous Diseases of the Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) Parfenov Vladimir Anatolyevich.

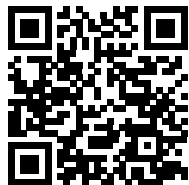
Литература/References

1. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Atzeni F, et al. Fibromyalgia position paper. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(3):186-93.
2. Baillou G. Liber de Rheumatismo et Pleurite Dorsali. *Thevart MJ*. 1642.
3. Gowers WR. The development of the concept of fibrositis. *Br Med J*. 1904;1:117-21.

4. Boland EW. Psychogenic rheumatism: The musculoskeletal expression of psychoneurosis. *Ann Rheum Dis.* 1947;6(4):195-203.
5. Hench PK. Nonarticular rheumatism, 22nd rheumatism review: review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheumatol.* 1976;19:1081-9.
6. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the fibrositis syndrome. *Bull Rheum Dis.* 1977;28:928-31.
7. 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
8. Напрышкина В.И., Долинская Ю.А., Дума С.Н., Рымар О.Д. Синдром фибромиалгии у пациентки с послеоперационным пангипопитуитаризмом. Клинический случай. *Неврология Сибирь.* 2016;2(4):29-31 [Napryushkina VI, Dolinskaya YA, Duma SN, Rymar OD. Fibromyalgia syndrome in a patient with postoperative panhypopituitarism. Clinical case. *Nevrologiya Sibiri.* 2016;2(4):29-31 (in Russian)].
9. Walitt B, Klose P, Üçeyler N, et al. Antipsychotics for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(6):CD011804. DOI:10.1002/14651858.CD011804.pub2
10. Abramowitz JS, Braddock AE. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach. Hogrefe & Huber Publishers, 2008.
11. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(8):356. DOI:10.1007/s11916-013-0356-5
12. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21(3):403-25. DOI:10.1016/j.berh.2007.03.003
13. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol.* 1995;22(1):151-6.
14. 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
15. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160-72. DOI:10.1002/art.1780330203
16. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;46(3):319-29. DOI:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
17. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA.* 2014;311(15):1547-55. DOI:10.1001/jama.2014.3266
18. Häuser W, Petzke F, Üçeyler N, Sommer C. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(3):532-43. DOI:10.1093/rheumatology/keq354
19. Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1):CD012188. DOI:10.1002/14651858.cd012188.pub2
20. Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD010782. DOI:10.1002/14651858.CD010782
21. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2016;76(2):318-28. DOI:10.1136/annrheumdis-2016-209724
22. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(9):CD009796. DOI:10.1002/14651858.CD009796.pub2
23. Давыдов О.С., Глебов М.В. Фибромиалгия. *Рос. журн. боли.* 2020;18(3):66-74 [Davydov OS, Glebov MV. Fibromyalgia. *Russian Journal of Pain.* 2020;18(3):66-74 (in Russian)]. DOI:10.17116/pain20201803166
24. 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
25. Чурюканов М.В., Загорюлько О.И. Принципы и последовательность организации помощи пациентам с хронической неонкологической болью. *Клин. и экспериментальная хирургия. Журн. им. акад. Б.В. Петровского.* 2016;4(3):20-7 [Churyukanov MV, Zagorulko OI. Principles and sequence of medical care for patients with chronic non-cancer pain. *Clinical and Experimental Surgery. Journal them. acad. BV Petrovsky.* 2016;4(3):20-7 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.09.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.11.2021



OMNIDOCTOR.RU