

Клинические рекомендации

## **Фибромиалгия**

Кодирование по Международной  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем: **M79.7**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения: **202**

Разработчик клинической рекомендации:

- Межрегиональная общественная организация «Общество по изучению боли»
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России»

## Оглавление

Список сокращений .....	4
Термины и определения .....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	9
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики .....	14
2.1 Жалобы и анамнез.....	14
2.2 Физикальное обследование .....	15
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	16
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	17
2.5 Иные диагностические исследования .....	17
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	26
3.1 Консервативное лечение.....	26
3.1.1 Медикаментозное лечение .....	27
3.1.2. Немедикаментозное лечение.....	30
3.2. Хирургическое лечение .....	31
3.3. Иное лечение.....	31

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов .....	31
4. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	32
6. Организация оказания медицинской помощи .....	32
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	32
8. Критерии оценки качества медицинской помощи .....	33
Список литературы .....	34
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций .....	53
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	56
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата .....	58
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	59
Приложение В. Информация для пациента .....	60
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	62
Приложение Г1. Шкалы оценки интенсивности боли .....	62
Приложение Г2. Критерии диагностики .....	64
Приложение Г3. Опросник для выявления фибромиалгии .....	67
Приложение Г4. Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии .....	69
Приложение Г5. Опросник для оценки центральной сенситизации .....	72

## Список сокращений

- БОС- биологическая обратная связь  
ВАШ- визуальная аналоговая шкала  
ВРШ- вербальная рейтинговая шкала  
ГК- глюкокортикоиды  
ИРБ - индекс распространенности боли  
ЛФК- лечебная физкультура  
НПВП- нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты  
оОВФ- обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии  
ОФВ- опросник для выявления фибромиалгии  
СИОЗС- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина  
СИОЗСН-селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина  
ТТГ- тиреотропный гормон  
УДД- уровень достоверности доказательств  
УУР- уровень убедительности рекомендаций  
ФМ- фибромиалгия  
ЦГ – центральная гиперчувствительность  
ЦНС- центральная нервная система  
ЧРШ- числовая рейтинговая шкала  
ШТС - шкала тяжести симптомов  
ААРТ- The ACTTION-American Pain Society Pain Taxonomy  
ACR- American College of Rheumatology  
FAS modCr - modified Fibromyalgia Assessment Status  
FIQR- Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire  
FiRST- Fibromyalgia Rapid Screening Tool  
HLA- человеческий лейкоцитарный антиген  
IL-1Ra- антагонист рецептора интерлейкина 1  
IL-1бета - интерлейкин 1, бета  
IL-6 - интерлейкин 6  
TNFa - фактор некроза опухоли альфа

## Термины и определения

**Фибромиалгия** - заболевание, характеризующееся сочетанием хронической распространенной мышечной боли и широкого спектра ассоциированных психосоматических проявлений, таких как утомляемость, нарушения сна, общая скованность, депрессия, тревожность, когнитивные расстройства.

**Хронический болевой синдром** – это стойкий, плохо поддающийся терапии болевой синдром, длительностью более 12 недель (3 месяцев).

**Когнитивно-поведенческая терапия** - краткосрочная, сфокусированная на навыках форма психотерапии, направленная на изменение неадаптивных эмоциональных реакций при помощи изменения мыслей (когнитивная часть), изменения поведения пациента (поведенческая часть) или изменения того и другого.

**Центральная гиперчувствительность** – повышенная чувствительности к боли и/или другим стимулам, обусловленная нарушением контроля и восприятия боли в центральной нервной системе.

**Генерализованная (распространённая) скелетно-мышечная боль** – диффузная боль, локализующаяся в элементах скелетно-мышечной системы, которая не вызвана со специфическими причинами (травматические, инфекционные, системные воспалительные, онкологические заболевания)

**Фибромиалгический туман** – субъективные когнитивные расстройства при фибромиалгии, которые могут быть представлены в виде расстройства внимания и концентрации, трудностей в подборе слов при разговоре, забывчивости и сложностей с принятием решений.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Фибромиалгия – заболевание, характеризующееся сочетанием хронической распространенной мышечной боли и широкого спектра ассоциированных психосоматических проявлений, таких как утомляемость, нарушения сна, общая скованность, депрессия, тревожность, когнитивные расстройства [1–8].

### **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Этиология и патогенез ФМ продолжают изучаться.

ФМ может возникнуть на фоне текущих и отдаленных стрессовых событий (особое значение имеют стрессовые события детского возраста). ФМ может быть «генерализацией» боли на фоне имеющегося регионарного хронического болевого синдрома. Кроме того, нередко ФМ возникает у пациентов на фоне основного заболевания, например, на фоне системного ревматического заболевания (ревматоидный артрит, спондилоартрит, псориатический артрит, системная красная волчанка и др.) [5,9–13].

Одним из компонентов развития боли и сопутствующих симптомов при ФМ является феномен ЦГ, обусловленный нарушением контроля и восприятия боли в ЦНС. Функциональная магнитно-резонансная томография у пациентов с ФМ демонстрирует усиление активности ЦНС в ответ на болевые стимулы малой интенсивности, тогда как для появления такой же активности в ЦНС у здоровых испытуемых интенсивность стимулов должна быть выше на 50% [2,5,14–17]. В ряде исследований у пациентов с ФМ был выявлен низкий уровень серотонина в сыворотке крови и снижение количества метаболитов серотонина, норадреналина и дофамина в спинномозговой жидкости [18,19], что может свидетельствовать о наличии дисфункции нисходящих антиноцицептивных систем. Патологические изменения у пациентов с ФМ могут способствовать развитию утомляемости, когнитивных расстройств, нарушений сна и эмоциональных изменений, поскольку ряд нейротрансмиттеров и анатомических структур ЦНС отвечает не только за адаптацию организма и передачу болевых стимулов, но и играет важную роль в цикле «сон—бодрствование», регуляции настроения и эмоций [20,21].

Психосоциальные факторы играют важную роль в возникновении ФМ: об этом свидетельствуют наличие у пациентов коморбидных депрессивных, тревожных расстройств, расстройств личности и других психических расстройств [22–26]. В этой связи вызывает интерес предложенная концепция адаптивности ФМ [27]. В рамках данной концепции адаптивность в широком смысле — это способность успешно приспосабливаться к изменениям, которые могут угрожать жизнеспособности индивида, его нормальному развитию и

функционированию. Адаптивность является защитным фактором, который делает человека менее уязвимым к неблагоприятным жизненным событиям. У пациентов с ФМ, имеющих определенный генотип, факторы внешней среды, вероятно, могут приводить к тому, что адаптивность снижается, вызывая возникновение симптоматики, которая не разовьется у людей с высоким уровнем адаптивности. Адаптивность тесно связана с реакцией на острый или хронический стресс и, следовательно, зависит от состояния механизмов реагирования на стресс [27,28]. Патологической основой сниженной адаптивности при ФМ, согласно мнению авторов концепции, являются дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, а также нарушение баланса нейротрансмиттеров, таких как серотонин, норадреналин, дофамин и ацетилхолин, в ЦНС [3,29–31].

Показано изменение уровней различных цитокинов у пациентов с ФМ. Уровни антител к рецепторам интерлейкина-1 (IL-1Ra) и IL-6 повышены в периферических макрофагах пациентов с ФМ, а в биоптате кожи пациентов с ФМ были обнаружены воспалительные цитокины IL-1бета, IL-6 и фактор некроза опухоли альфа (TNF $\alpha$ ), что, возможно, указывает на элемент нейрогенного воспаления. Существует предположение о наследственной природе заболевания. Ранние исследования наличия генетической предрасположенности к ФМ позволили выдвинуть теорию о существовании связи между наличием определенного HLA и развитием ФМ; и возможности использования его в качестве маркера, однако результаты проведенных исследований противоречивы [32].

Изучаются и другие аспекты патогенеза ФМ: нарушения со стороны оси «кишечник—мозг», изменение микробиоты кишечника [33], изменение уровня глутамата в сыворотке крови [34], наличие у пациентов генов, отвечающих за предрасположенность к развитию ФМ [35], и невропатии тонких волокон [36].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Распространенность ФМ в общей популяции от 2 до 15 % [37–44]. В разных странах и среди различных культур она схожая. Не существует доказательств того, что в промышленно развитых странах распространенность ФМ выше [45]. В России распространенность ФМ оценивали в популяции жителей Екатеринбурга, она составила 4,2% [46]. Распространенность ФМ увеличивается с возрастом, достигая пика в 50—59 лет, и затем плавно снижается [47]. Возраст пациентов на момент появления первых симптомов ФМ обычно составляет 25—40 лет. ФМ чаще встречается у женщин. Соотношение женщины/мужчины варьирует от 2:1 до 30:1 в зависимости от используемых диагностических критериев [5,45,47,48]. Для ближайших родственников пациентов с ФМ риск возникновения этого заболевания в 8 раз выше, чем в общей популяции [49]. Распространенность ФМ у пациентов с другими заболеваниями представлена в таблице 1.

**Таблица 1. Частота встречаемости фибромиалгии у пациентов с другими заболеваниями**

Заболевание/группа заболеваний	Частота встречаемости пациентов с ФМ
Ревматические заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена, остеоартрит, болезнь Бехчета, анкилозирующий спондилоартрит, ревматическая полимиалгия) [50–52]	11-30% (при болезни Бехчета до 80%)
Аутоиммунный тиреодит и гипотиреоз [52–54]	30-40%
Сахарный диабет 2 типа [53]	15%-18%
Болезнь Крона [52]	7 - 49%
Неспецифический язвенный колит [52]	8 - 49%
Рассеянный склероз [55]	12%
Эндометриоз [56]	39%
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава [52,57]	32,7-52%
Синдром раздражённого кишечника [52,53]	12,9-65%
Интерстициальный цистит [52]	12-22%
Синдром хронической усталости [52]	15-80%
Головная боль напряжения [58,59]	36%
Мигрень [58,59]	16,8-46%
Неспецифическая боль в нижней части спины [60]	10,2-48%
Хроническая тазовая боль [61]	41%
Депрессивные расстройства [62,63]	20-80%
Тревожные расстройства [62]	13-63%
Посттравматическое стрессовое расстройство [64,65]	10,9-39,7

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

M79.7- фибромиалгия

#### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

ФМ – диагноз исключения. Диагноз ФМ устанавливается даже при наличии другого заболевания [27,35]. Классификация не разработана.

*Комментарий: На данный момент не рекомендуется выделять синдром ФМ, или «вторичную ФМ», так как в соответствии с современными критериями наличие другого заболевания (ревматологического, эндокринного, генетического, психического и др.) не исключает факт сосуществования у пациента ФМ. Ранее использовались термины «первичная» и «вторичная» ФМ. «Первичная» ФМ- ФМ, при которой на момент осмотра у пациента не обнаруживают источник ноцицептивной импульсации, при этом в анамнезе выявляются большое количество стрессовых событий (как текущих, так и отдаленных, в том числе стрессовые события детского возраста) и сопутствующие психические расстройства. «Вторичная» ФМ (синдром ФМ) - хронический болевой синдром, сопровождающийся усталостью, нарушениями сна, когнитивными и эмоциональными расстройствами, развивающийся на фоне основного заболевания (ревматологического, неврологического, эндокринного или другого) [33,34]*

#### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Основными симптомами ФМ являются: генерализованная (распространенная, диффузная боль); нарушение сна, невозстановительный сон; чувство усталости и утомляемость; субъективные когнитивные нарушения [44,66]:

##### 1. Генерализованная боль.

Боль при ФМ генерализованная, характеризуется хроническим (более 3-х месяцев) течением. Присутствует у всех пациентов с ФМ. Боль носит ноющий, глубинный, изнуряющий, монотонный характер и обостряется в состоянии усталости, эмоционального напряжения, избыточной физической деятельности, а также неподвижности, охлаждения, длительного позного перенапряжения. Несмотря на то, что интенсивность боли изменяется в течение суток, она сопровождает человека постоянно. Для болевого синдрома при ФМ характерна диссоциация между интенсивностью боли и объективными характеристиками состояния больного. При общей низкой интенсивности собственно болевых ощущений (определяемой

субъективно самими пациентами) отмечается высокий уровень переживаний этой боли. С болью пациенты связывают снижение профессиональной деятельности и повседневного функционирования [5,67,68].

## 2. Нарушение сна, невосстановительный сон.

Около 90% пациентов с ФМ предъявляют жалобы на трудности засыпания, частые пробуждения среди ночи и поверхностный сон, который не приносит ощущения отдыха, что послужило основанием обозначать сон при ФМ как «невосстановительный» [69]. При полисомнографическом исследовании у пациентов с ФМ обнаружено наличие фрагментов быстрых колебаний в альфадиапазоне в структуре медленноволновой активности, характерной для глубоких стадий сна [70]. Этот феномен получил название «альфа-дельта сон» и стал рассматриваться как характерная особенность ФМ. Его представленность находится в прямой зависимости от клинических проявлений, в том числе жалоб на поверхностный сон и неудовлетворенности сном в целом, утренней скованности, тревоги и депрессии [67,71].

## 3. Усталость, утомляемость.

Пациенты предъявляют жалобы на усталость, утомляемость в течение дня. Эти симптомы встречаются у 80-96% пациентов. Они могут присутствовать даже при нормальной длительности ночного сна (около 8 часов). Большинство пациентов с ФМ описывают «утомляемость» как душевную и/или физическую усталость, которая снижает их продуктивность и удовольствие от жизни. При обследовании пациента, страдающего от переутомления, требуется собрать тщательный анализ, чтобы определить возможную причину симптомов и реакцию пациента на переутомление. Переутомление делят на 3 вида: (1) Физическое (например, снижение активности, упадок сил, усталость, снижение физической выносливости, необходимость наращивания усилий при выполнении физических задач и преодолении бездействия, общая слабость, тяжесть, медлительность или вялость, сонливость); (2) Когнитивное (например, снижение концентрации внимания, снижение внимание, снижение умственной выносливости и замедление мышления); (3) Эмоциональное (например, снижение мотивации или инициативы, снижение интереса, чувство подавленности, скуки, отвращение к усилиям и подавленное настроение) [5,71]. Иногда утомляемость при ФМ сравнивают с таковой у пациентов с синдромом хронической усталости/ миалгическим энцефаломиелитом, у которых тяжелая усталость или крайнее изнеможение может длиться более суток после физических усилий [72,73].

#### 4. Субъективные когнитивные нарушения

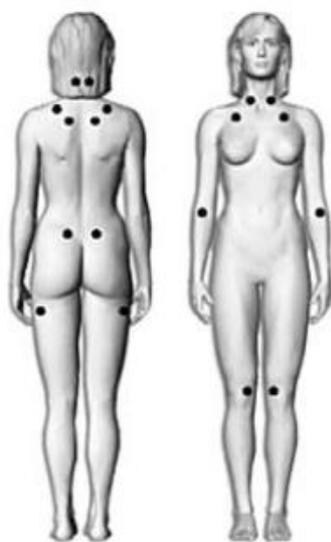
Все пациенты с ФМ в предъявляют жалобы на когнитивные нарушения в виде трудности концентрации внимания, забывчивости, невнимательности, сложности с принятием решений, трудности с подбором слов. Однако, степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов может отличаться. У одних они выявляются только при активном расспросе, у других - мешают их профессиональной, социальной и бытовой деятельности. Важным аспектом является то, что при проведении клинико-психологического нейропсихологического обследования у пациентов с ФМ когнитивные нарушения соответствуют субъективным (не отличаются от возрастной нормы). Для описание когнитивных нарушений при ФМ используется термин «фибромиалгический туман» [22,67,71].

Дополнительными симптомами ФМ являются: повышенная чувствительность/болезненность при пальпации тендерных точек, утренняя скованность, субъективная гиперчувствительность, наличие коморбидных заболеваний/расстройств [44,66,74]:

##### 1. Повышенная чувствительность/ болезненность при пальпации тендерных точек.

В критериях ACR 1990 года [74] болезненность при пальпации 11 из 18 точек (Рисунок 1) использовалась, как диагностический критерий. В настоящее наличие болезненности при пальпации 11 из 18 точек может быть использовано только в качестве дополнительного критерия диагностики ФМ. Тендерные точки могут отсутствовать более, чем у 25% пациентов с ФМ. В то же время пациенты, не имеющие симптомов ФМ, могут испытывать боль, если врач будет оказывать давление на данные точки (Рисунок 1) [71,75].

**Рисунок 1. Распределение тендерных точек при фибромиалгии**



- Затылочная область — место прикрепления *M. suboccipitalis*
- Область шеи — передние отделы пространств между поперечными отростками на уровне C5 и C7
- Трапециевидная мышца — середина верхнего края *M. trapezius*
- Надостная мышца — место начала *M. supraspinatus*
- Грудно-реберное сочленение на уровне второго ребра
- Латеральный надмыщелок плеча
- 2 см дистальнее Trochanter бедренной кости
- Ягодичная область — верхний наружный квадрат ягодицы
- В медиальной жировой подушке в области коленного сустава

### 3. Утренняя скованность.

Утренняя скованность – неприятные ощущения скованности, стянутости в мышцах, связках, сухожилиях, суставах конечностей и спины в утренние часы, после ночного сна, длительностью обычно не более часа (может длиться от 45 мин до 4 ч). Утренняя скованность отмечается у 75%-91% пациентов с ФМ. По описанию пациентов утреннюю скованность может быть трудно отличить от скованности при таких заболеваниях, как ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия и анкилозирующий спондилоартрит. Однако, в отличие от других ревматических заболеваний, у пациентов с ФМ утренняя скованность не сопровождается воспалительными изменениями мышц и суставов, отклонениями от референсных значений при проведении рутинных лабораторных и инструментальных обследований. У пациентов с ФМ степень утренней скованности не уменьшается в ответ на приём противовоспалительных препаратов [5,68,71].

### 4. Субъективная гиперчувствительность.

Повышенная чувствительность (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов, духоты, холода, жары и др.) является распространенной жалобой пациентов с ФМ, однако ее частота не изучалась. Отдельным видом гиперчувствительности считают множественную химическую чувствительность, которая проявляется непереносимостью медикаментов и/или возникновением побочных эффектов даже от приема их субтерапевтических доз. Вероятно, данный симптом является проявлением ЦГ [71].

### 5. Наличие коморбидных расстройств

Как минимум, одно коморбидное заболевание имеют 67,8% - 96,2% пациентов с ФМ [76,77]. Частота коморбидных и ассоциированных расстройств при ФМ представлена в Таблице 2 и Таблице 3 [68,78–80].

**Таблица 2. Частота коморбидных и ассоциированных с фибромиалгией заболеваний/расстройств (за исключением психических) [78,79]**

Коморбидные и ассоциированные с ФМ заболевания/расстройства	Частота при ФМ,%
Синдром хронической усталости	39 [22–74]
Синдром раздраженного кишечника	45 [32–70]
Головная боль напряжения	42 [22–60]
Мигрень	38 [22–48]
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	50 [24–75]
Синдром беспокойных ног	31

Синдром периодических движений конечностями во сне	38
Множественная химическая чувствительность	36 [18–55]
Первичная дисменоррея	48 [45–50]
Уретральный синдром у женщин	15 [12–18]
Интерстициальный цистит	8
Синдром хронической тазовой боли	18
Посттравматическое стрессовое расстройство	57

**Таблица 3. Частота коморбидных и ассоциированных с фибромиалгией психических заболеваний/расстройств**

Коморбидные и ассоциированные психические заболевания/расстройства	Частота при ФМ, %
Большое депрессивное расстройство	62-86
Биполярное аффективное расстройство 1 типа	1
Биполярное аффективное расстройство 2 типа	12
Паническое расстройство	23-47
Посттравматическое стрессовое расстройство	23
Генерализованное тревожное расстройство	5-33
Социофобия	21
Обсессивно-компульсивное расстройство	6-14
Другие тревожные расстройства	26-60
Расстройства личности	56,7

*Комментарий: В связи с наличием у пациентов множества неспецифических жалоб диагноз ФМ ставится в мире позже, чем через 2 года после обращения пациента за помощью [44], по данным российского исследования - через 7 лет от возникновения симптомов [81] Диагноз ФМ не выставлен у 73% пациентов, жалобы которых соответствуют критериям ФМ [82].*

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Врачу любой специальности при подозрении на ревматическую, неврологическую, эндокринологическую и/или другую патологию у пациента с симптомами ФМ рекомендуется сначала направить его на прием (осмотр, консультацию) профильного врача (Таблица 4), а затем использовать критерии диагностики.

В качестве диагностических критериев ФМ рекомендуется использовать любой из трех инструментов (приложение Г2):

1. AAPT 2019 г. (ACTION-APS Pain Taxonomy, критерии Американской Таксономии Боли) [44]
2. ACR 2016 г. (критерии Американской коллегии ревматологов 2016 года) [66]
3. FAS modCr 2019 г. (Модифицированный статус оценки фибромиалгии)[83]

*Комментарий: Наличие другого заболевания не исключает диагноз ФМ. Диагноз ФМ должен быть выставлен сопутствующим или сочетанным при соответствии любым из трех выше перечисленных диагностических критериев [44].*

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Ведущей жалобой у пациентов с ФМ является хроническая, чаще диффузная, боль, но она может быть и мультифокальной, и в этом случае с течением времени зоны болезненности могут мигрировать.

По характеру боль может быть: глубинной, ноющей, жгучей, стягивающей; она изнуряющая и монотонная, несмотря на колебания ее интенсивности в течение суток. Часто в отсутствие верифицированного повреждения периферической нервной системы боль может сопровождаться сенсорными ощущениями в виде парестезий и дизестезий преимущественно в конечностях и описываться пациентами как невропатическая, например, такими словами, как жжение, онемение, покалывание, ползание мурашек и т.д. Отмечается диссоциация между невысокой интенсивностью боли и ее субъективным переживанием пациентами. Боль может усиливаться при физической нагрузке, под влиянием эмоций, во время длительного отдыха и без физической активности.

Помимо боли пациентов нередко беспокоит утренняя скованность, ее длительность — от 45 минут до 4 часов, в течение дня она уменьшается. Пациенты часто жалуются на субъективное ощущение припухлости суставов, однако объективно (клинически, по данным инструментальных исследований) поражения суставов не выявляется.

При пробуждении пациенты испытывают чувство тяжелой усталости, которое может возникать сразу после пробуждения и нередко усиливается в середине дня. Сон при ФМ поверхностный, неглубокий, с частыми пробуждениями в середине ночи и невозможностью заснуть в дальнейшем. Даже при условии, что пациент спит полноценно 8—10 часов, он чувствует себя разбитым и неотдохнувшим. Сон при ФМ принято называть термином «невосстановительный». Жалобы на различные нарушения сна предъявляют около 90% пациентов с ФМ.

Когнитивные нарушения могут быть представлены в виде расстройства внимания и концентрации, трудностей в подборе слов при разговоре и объединяются единым термином «фибромиалгический туман» (от англ. fibro fog) [5,44,84].

Для оценки тяжести состояния и эффективности лечения пациентам с ФМ рекомендуется оценка интенсивности болевого синдрома, как на момент обращения, так и в динамике. Для этого могут быть использованы стандартизированные шкалы: визуально-аналоговая шкала (ВАШ), числовая рейтинговая шкала (ЧРШ), вербальная ранговая шкала (ВРШ) (приложение Г1).

Для скрининговой оценки наличия симптомов ФМ может применяться Опросник для выявления фибромиалгии (ОВФ, FiRST) [85] (приложение Г3). Для оценки интенсивности влияния различных симптомов ФМ в начале, в процессе и конце лечения может быть использован Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии (оОВФ, FIQR) [86] (приложение Г4). Для оценки ЦГ может использоваться Опросник центральной сенситизации (приложение Г5) [87].

При сборе анамнеза необходимо уточнить длительность симптомов ФМ. В ходе активного расспроса важно уточнить наличие у пациента неврологических, ревматических, эндокринологических, генетических, инфекционных и психических заболеваний, так как они могут быть ассоциированы с ФМ. Необходимо уточнить лекарственный анамнез, в первую очередь на предмет приема пациентом препаратов, которые могут вызывать генерализованную боль: гиполипидемических средств; ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов); бисфосфонатов и опиоидов [5] .

## **2.2 Физикальное обследование**

- 1. Рекомендуется всем пациентам с симптомами ФМ общее соматического обследование: осмотр кожных покровов, слизистых оболочек, измерение артериального давления, измерение частоты сердечных сокращений (УДД- 4, УУР- С) с целью оценки соматического статуса [10,86,88,89].**
- 2. Рекомендуется всем пациентам с симптомами ФМ провести оценку суставного статуса (при котором учитываются, как припухлость, так и болезненность суставов) (УДД- 4, УУР- С) с целью оценки наличия системного ревматологического заболевания, а при наличии-его активности[10,86,88,89].**
- 3. Рекомендуется пациентам с симптомами ФМ при подозрении на наличие неврологического заболевания оценка неврологического статуса: оценка силы, тонуса, рефлексов, оценка чувствительности, проведение координаторных проб (УДД- 4, УУР- С) с целью исключения или подтверждения наличия неврологического заболевания [10,86,88,89].**

*Комментарий: Не рекомендуется пальпация тендерных точек при ФМ (УДД- 3, УУР- С) [90]. Пальпация тендерных точек не рассматривается как основной способ диагностики ФМ, однако на усмотрение врача это может выступать дополнительным диагностическим признаком при первичном обращении пациента.*

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

**1. Не рекомендуется всем пациентам с симптомами ФМ рутинное проведение специфических лабораторных исследований при соответствии диагностическим критериям ФМ и нормальных данных соматического, суставного и неврологического статусов (УДД- 5, УУР- С) в связи с их неинформативностью [10,44,91–93].**

*Комментарий: ФМ- клинический диагноз, который может быть выставлен на основании анализа жалоб, анамнеза и осмотра пациента. Исходя из вышесказанного, при ФМ нет необходимости в проведении дополнительных специфических лабораторных исследований. Однако, если у пациента есть симптомы, указанные в таблице 4, то следует провести дополнительные исследования для исключения сопутствующих заболеваний [44].*

**2. Всем пациентам с симптомами ФМ рекомендуется проведение только рутинных анализов: общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (исследование уровня глюкозы в крови, определение активности**

аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности креатинкиназы в крови, исследование уровня холестерина в крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови), общий анализ мочи (УДД- 5, УУР- С) [10,44,92–94] с целью скрининга других заболеваний (ревматологических, инфекционных, онкологических, неврологических и др.).

*Комментарий:* При наличии изменений в данных анализах рекомендуется расширить их спектр, направить пациента к профильному специалисту. Например, при повышении уровня СОЭ, С-реактивного белка - исключить инфекционное, ревматологическое или онкологическое заболевание.

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Не рекомендуется у всех пациентов с симптомами ФМ при соответствии диагностическим критериям ФМ и нормальных данных соматического и неврологического осмотра рутинное проведение специфических инструментальных исследований (УДД- 5, УУР- С) в связи с их неинформативностью [10,91–93]

*Комментарий:* ФМ- клинический диагноз, который может быть выставлен на основании анализа жалоб, анамнеза и осмотра пациента. Исходя из вышесказанного, при ФМ нет необходимости в проведении дополнительных специфических инструментальных обследований. Однако, если у пациента есть симптомы, указанные в таблице 4, то следует провести дополнительные исследования для исключения сопутствующих заболеваний [44].

#### **2.5 Иные диагностические исследования**

1. Пациентам с симптомами ФМ при подозрении на наличие ревматического заболевания рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (УДД- 5, УУР- С) с целью исключения или подтверждения ревматического заболевания [10,26,86,88,95,96].

2. Пациентам с симптомами ФМ при подозрении на наличие психического заболевания (депрессивное, тревожное, бредовое расстройство, расстройства личности и другие) или при отсутствии эффекта от приема в течение не менее 1-ого месяца назначенного медикаментозного лечения (Раздел 3.1.1 Медикаментозное лечение), рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный (УДД- 5, УУР- С) с целью исключения или подтверждения психического заболевания и/или коррекции медикаментозной терапии ФМ [26,95,96].

*Комментарий: В таблице 4 приведены симптомы основных заболеваний, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику ФМ. При подозрении на данные заболевания требуются консультации смежных специалистов. Назначение дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования рекомендуется после приема (осмотра, консультации) смежных специалистов (врача-эндокринолога, врача-генетика, врача-инфекциониста, врача-психиатра и др.). Наличие другого заболевания (ревматологического, эндокринного, генетического, психического и др.) не исключает факт сосуществования у пациента ФМ [44,68].*

**Таблица 4. Дифференциальная диагностика ФМ [44,76,96].**

№	Симптомы	Вероятное заболевание	Возможные методы обследования, рекомендуемые специалистом
Ревматологические заболевания:			
1.	Чаще наблюдается постепенное (в течение месяцев) нарастание болей, скованности и припухлости преимущественно в мелких суставах кистей и стоп. Реже дебютирует как острый моноартрит, рецидивирующие бурситы и тендосиновиты	Ревматоидный артрит*	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный, Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, Определение содержания ревматоидного фактора в крови, Определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови
2.	Конституциональные симптомы (лихорадка, слабость), системные проявления: поражение кожи, слизистых,	Системная красная волчанка*	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный, Исследование уровня С-реактивного белка в

	фотосенсибилизация, артралгии/артриты, миалгии, цитопенический синдром, поражение почек и других органов и систем		сыворотке крови, определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену
3.	Механическая и стартовая боль в типичных суставах (межфаланговые кистей, коленные, тазобедренные), кратковременная скованность. Крепитация при движениях в коленных суставах	Остеоартрит*	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики, в сложных случаях - прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога
4.	Возраст старше 45 лет. Выраженная боль воспалительного характера в мышцах плечевого и тазового поясах, а также в шейном отделе; значительное ограничение движений; высокая лабораторная активность	Ревматическая полимиалгия	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный, Общий (клинический) анализ крови развернутый, Исследование уровня общего белка в крови, Определение соотношения белковых фракций методом электрофореза, Определение активности креатинкиназы в крови, Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови
5.	Слабость в симметричных мышцах проксимальных отделов конечностей (я	Полимиозит, миопатии	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный,

	бы убрала – здесь нет боли вообще)		Определение активности креатинкиназы в крови, Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови
6.	Утренняя боль в области позвоночного столба: преимущественно в нижней части спины, в области грудной клетки, объективное ограничение подвижности позвоночника из-за болевого синдрома и скованности. Возможны периферические артриты, энтезиты, дактилиты. Лабораторная активность (не всегда). В семейном анамнезе возможно наличие псориаза, воспалительных заболеваний кишечника, переднего увеита	Спондилоартрит*	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный, Определения антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии, Общий (клинический) анализ крови развернутый, Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови
7.	Пожилой возраст, прием глюкокортикоидов. Снижение роста, усиление грудного кифоза, боль локализована в области аксиального скелета: ребер, костей таза. Низкоэнергетические переломы в анамнезе	Остеопороз. Болевой синдром развивается при наличии компрессионных переломов позвоночника	Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости, Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный, Прием (осмотр,

			консультация) врача-эндокринолога первичный
Примечания:			
* - коморбидная ФМ может встречаться с высокой частотой при данных заболеваниях, в таком случае рекомендуется выставлять оба диагноза [97,98].			
Неврологические заболевания:			
1.	Невропатический характер боли (например, стреляющая, жгучая, «как при прохождении электрического тока»), наличие нарушений чувствительности по полиневритическому типу, арефлексия, снижение мышечного тонуса, периферические парезы, вегетативные нарушения (например, сухость кожных покровов)	Полиневропатия	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный, Электронейромиография стимуляционная одного нерва (по протоколу полиневропатии)
Инфекционные заболевания:			
1.	Возможны миалгии, артралгии, реже артриты	Вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное

			исследование, Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови
2.	Кожная сыпь в виде эритемы, болевой синдром, признаки суставного синдрома, снижение когнитивных функций, повышенная утомляемость, в анамнезе- укус клеща, нахождение в эндемических по боррелиозу регионах	Болезнь Лайма, клещевой боррелиоз	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
Эндокринные заболевания:			
1.	Повышенная жажда; учащенное мочеиспускание, камнеобразование в почках, тошнота/рвота, снижение аппетита, переломы в анамнезе, снижение минеральной плотности костной ткани, склонность к констипации, миалгии	Гиперпаратиреоз	Исследование уровня общего кальция в крови, Исследование уровня креатинина в крови, Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2.	Повышение уровня артериального давления, гипергликемия, гирсутизм, «лунообразное» лицо, увеличение массы тела, миалгии	Синдром Кушинга	Исследование уровня общего кортизола в крови, Исследование уровня калия в крови, Исследование уровня натрия в крови, Исследование уровня хлора в крови, Исследование уровня

			глюкозы в крови, Исследование уровня свободного кортизола в моче, Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
3.	Ортостатическая гипотензия, тошнота, рвота, пигментация кожи, снижение массы тела, диффузные миалгии	Болезнь Аддисона	Исследование уровня общего кортизола в крови, Исследование уровня калия в крови, Исследование уровня натрия в крови, Исследование уровня хлора в крови, Исследование уровня глюкозы в крови, Исследование уровня свободного кортизола в моче, Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
4.	Непереносимость холода, когнитивные нарушения, констипация, набор массы тела, выпадение волос, диффузные миалгии	Гипотиреоз	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный, Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
Генетические заболевания:			
1.	Гипермобильность суставов, высокое небо, плоскостопие, остеопороз в раннем возрасте, пороки сердца (пролапс митрального клапана), положительный симптом	Синдром Элерса-Данло*	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный

	щипка, тонкая, эластичная кожа, нарушения осанки (сколиоз), аномалии Арнольда-Киари.		
<p>Примечание:</p> <p>* - Наличие ортостатической непереносимости у пациентов с синдромом Элерса-Данло может объяснять высокую распространенность усталости у этих пациентов [99]</p>			
<p>Психические расстройства:</p>			
	<p>Стойкое снижение настроения, отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями, повышенная утомляемость, идеи виновности и унижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства, нарушенный сон, нарушенный аппетит; может сочетаться с соматическими компонентами депрессии: алгии (головные боли, мышечные боли и др), вегетативные нарушения (например, лабильность цифр артериального</p>	<p>Рекурентное депрессивное расстройство; депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства</p>	<p>Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный</p>

	давления)		
	Наличие болевых ощущений на фоне систематизированного, доминирующего бреда (ипохондрического, дисморфофобического и др.)	Бредовой синдром, бредовое расстройство	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный
Прием лекарственных препаратов			
	Миалгия, миозит, миоглобинурия	Статины	Исследования уровня креатинкиназы в сыворотке крови Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный с целью отмены терапии, переключения на другой класс статинов
	Симметричная боль в различных суставах, утренняя скованность, отечность пальцев кистей. Усталость.	Ингибиторы ароматазы, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов	Исключение других причин артралгий: Общий (клинический) анализ крови развернутый, Определение содержания ревматоидного фактора в крови, Определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови, Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, определение содержания антинуклеарных антител к

			Sm-антиген Прием (осмотр, консультация) врача-онколога повторный с целью переключения на другой класс препаратов
	Миалгии и артралгии при назначении высоких доз или при быстром снижении / отмене препарата	Глюкокортикоиды	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный (или другого профильного специалиста, назначившего данные препараты) для коррекции дозы препарата, подключения других классов иммуносупрессантов

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

В каждом из случаев ФМ следует определиться, какую тактику лечения предпочесть: использовать только немедикаментозные, только медикаментозные методы лечения или их комбинацию (приложение Б) [26,76,100,101].

#### **3.1 Консервативное лечение**

Рекомендуется проводить образовательную беседу со всеми пациентами с ФМ о типичных симптомах, течении заболевания, предположительных причинах заболевания, возможных коморбидных расстройствах, влиянии психосоциальных факторов на боль, возможных фармакологических и нефармакологических методах лечения, целесообразности сохранять физическую, социальную и профессиональную активность, избегать постельного режима (УДД – 5, УУР - С) с целью информирования [4,10,44,92,93,102].

Образовательная беседа должна включать следующие аспекты:

- Врач должен уточнить, что ФМ - это реальное заболевание, а симптомы, которые испытывает пациент, не являются воображаемыми.
- Следует обсудить роль нейромедиаторов и нейромодуляторов в восприятии боли, утомляемости, нарушениях сна и аффективных расстройствах, чтобы пациент понял причину назначения фармакологической терапии.
- Пациенту необходимо рассказать, что ФМ является хроническим рецидивирующим заболеванием, но не опасным для жизни.

Лечение пациентов с ФМ рекомендуется начинать с немедикаментозных методов лечения и при их неэффективности переходить к использованию медикаментозных методов лечения (УДД – 5, УУР - С) [5,100]. Алгоритм действий врача при выборе терапии изложен в Приложении Б.

Эффективность лечения и тактика дальнейшего ведения пациента оценивается через 1 месяц после инициации немедикаментозной терапии или начала приема минимальной терапевтической дозировки препарата, эффективного при ФМ на основании, в первую очередь, степени снижения интенсивности болевого синдрома (УДД – 5, УУР - С) [100]:

1. Снижение интенсивности болевого синдрома на 30% по ВАШ, ЧРШ или ВРШ - эффективное лечение. Рекомендуется продолжение лечения в прежнем объеме [100].
2. Снижение интенсивности болевого синдрома менее, чем на 30% по ВАШ, ЧРШ или ВРШ – недостаточно эффективное лечение. Рекомендуется повышение дозировки лекарственного препарата или добавление дополнительного метода лечения (например, добавление пациенту, проходящему ЛФК, приема дулоксетина или добавление к терапии антидепрессантом (дулоксетин) антиконвульсанта (прегабалин\*\* или #габапентин) [10,100] При неэффективности медикаментозной терапии, применяемой в терапевтических дозировках в соответствии с данными клиническими рекомендациями рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный для коррекции медикаментозного лечения [26,76,103].

### **3.1.1 Медикаментозное лечение**

**Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН): дулоксетин, АТХ код: N06AX21, #милнаципран, АТХ код: N06AX17, #венлафаксин, АТХ код: N06AX16).** Дулоксетин и #милнаципран рекомендуются всем пациентам с ФМ при неэффективности образовательной беседы, ЛФК или при наличии выраженного болевого синдрома и/или аффективных расстройств с целью снижения интенсивности болевого синдрома и выраженности аффективных расстройств (УДД – 1, УУР - А) [104]. Рекомендованная терапевтическая дозировка дулоксетина- 60 мг в сутки. Дозировку можно повышать до 120 мг в сутки [104–108]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка

#милнаципрана 100-200 мг в сутки [105,109]. #Венлафаксин рекомендован всем пациентам с ФМ при неэффективности образовательной беседы, ЛФК или при наличии аффективных расстройств с целью снижения интенсивности болевого синдрома и выраженности аффективных расстройств (УДД-2, УУР-С) [110,111]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка #венлафаксина 75-300 мг в сутки [110,111]. Для достижения выраженного эффекта длительность приема препаратов из группы СИОЗСН должна составлять 6 месяцев и более [104–109,111].

**#Амитриптилин\*\***, АТХ код: **N06AA09**. #Амитриптилин\*\* рекомендуется пациентам с ФМ при неэффективности образовательной беседы, ЛФК или при наличии у пациентов жалоб на выраженные нарушения сна с целью снижения интенсивности болевого синдрома и улучшения ночного сна (УДД – 1, УУР - В) [104,112–118]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка #амитриптилина\*\* 25-50 мг в сутки [100,118–120]. Для достижения выраженного эффекта длительность приема амитриптилина должна составлять 6 месяцев и более [100,104,112–120].

**Противоэпилептические средства (прегабалин\*\*, АТХ код: N03AX16, #габапентин, АТХ код N03AX12)**. Прегабалин\*\* рекомендуется пациентам с ФМ при неэффективности образовательной беседы, ЛФК или при выраженном болевом синдроме, нарушениях сна с целью снижения интенсивности болевого синдрома и улучшения ночного сна (УДД – 1, УУР - А) [121–124]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка прегабалина\*\* 150-600 мг в сутки [95,125,126]. #Габапентин рекомендуется у пациентов с ФМ (УДД – 2, УУР - В) при неэффективности образовательной беседы, ЛФК для снижения интенсивности болевого синдрома [121,127,128]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка #габапентина 1200—2400 мг в сутки [121,127,128]. Для достижения выраженного эффекта длительность приема противоэпилептических препаратов должна составлять не менее 3 месяцев [100,126].

**#Циклобензаприн (АТХ код: M03VX08)**. Рекомендуется пациентам с ФМ при неэффективности образовательной беседы, ЛФК и/или при наличии скелетно-мышечной боли, болезненного патологически повышенного тонуса и спазма поперечно-полосатой мускулатуры и пациентам с ФМ с выраженными нарушениями сна с целью улучшения качества жизни (УДД – 2, УУР – С) [129]. Рекомендуемая терапевтическая дозировка #циклобензаприна 5-10 мг 3 раза в день в течение 2-3 недель в соответствии с инструкцией; в исследованиях – до 24 недель [100,129].

**#Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (НПВП); АТХ код: M01A\*\* (НПВП - ингибиторы циклооксигеназы 2 типа, обладающие обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим действием)** не

рекомендуются у пациентов с ФМ без сочетанной ревматологической патологии в качестве длительной поддерживающей терапии, но рекомендуются с целью купирования обострения скелетно-мышечной боли в средних терапевтических дозировках коротким курсом до 10-14 дней (УДД – 1, УУР - В) [130,131].

**#Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина\*\* (СИОЗС) (АТХ код: N06AB).** Монотерапия препаратами из группы СИОЗС не рекомендуются пациентам с ФМ, так как на фоне данной терапии не отмечается снижения выраженности симптомов ФМ (УДД – 1, УУР – В) [132]. Однако при комбинированном приеме **#флуоксетина\*\* (АТХ код: N06AB03)** с **#амитриптилином\*\* (АТХ код: N06AA09)** у пациентов с ФМ наблюдается положительный эффект ФМ в виде снижения интенсивности выраженности симптомов ФМ (УДД – 2, УУР – С) [101]. В случае приема комбинации препаратов рекомендуется назначать **#флуоксетин\*\*** в дозе 20 мг утром и **#амитриптилин\*\*** 25 мг на ночь [133]. Для достижения выраженного эффекта длительность приема комбинации препаратов должна составлять не менее 6 месяцев. СИОЗС рекомендуются пациентам с ФМ при наличии коморбидных психических расстройств (депрессивных и тревожных расстройств) (УДД – 5, УУР – С) [100] в терапевтических дозировках, предусмотренных для каждого конкретного препарата инструкцией и клиническими рекомендациями.

**#Трамадол\*\* (АТХ код: N02AX02)** **#Трамадол\*\*** рекомендован пациентам с ФМ с выраженным болевым синдромом (УДД – 2, УУР - В) [134] в минимальной эффективной дозировке (до 150 мг/сутки). Стойкий анальгетический эффект трамадола наблюдается при его применении в течение 3-6 месяцев, однако его назначение на такой срок в реальной практике затруднено [95,134,135]. Другие опиоиды (АТХ код: N02A)\*\* , не рекомендуются пациентам с ФМ, потому что их эффект кратковременен, но при этом возможны серьезные нежелательные явления и лекарственная зависимость (УДД – 3, УУР – В) [136].

**#Кветиапин\*\* (АТХ код: N05AH04).** Рекомендуется использовать у пациентов с ФМ с сопутствующими психическими расстройствами с целью их коррекции (УДД-1, УУР-С) [137]. Перед назначением **#кветиапина\*\*** рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный. **#Кветиапин\*\*** обладает противоболевым действием, улучшает сон, уменьшает депрессию и тревогу у пациентов с ФМ. Рекомендуемая терапевтическая дозировка **#кветиапина\*\*** 50-300 мг [137]. Дозировку, скорость титрации дозы и длительность приема препарата рекомендуется корректировать врачу-психиатру.

**Глюкокортикоиды\*\***, (АТХ код: N02AB). ГК внутрь, внутримышечно, внутривенно или в виде лечебных блокад не рекомендуются при ФМ (УДД – 5, УУР - С), потому что могут вызвать серьезные нежелательные явления, без оказания значимого эффекта [100].

### **3.1.2. Немедикаментозное лечение**

**Лечебная физкультура (ЛФК).** Лечебная физкультура (кинезитерапия) рекомендуется всем пациентам с ФМ с целью снижения интенсивности болевого синдрома, улучшения общего физического состояния и качества жизни. Эффективность доказана как при групповой, так и при индивидуальной лечебной физкультуре. Пациентам рекомендуются аэробные физические упражнения и упражнения на выносливость (**УДД-1, УУР-А**) [138,139]. Эффективность обычной лечебной физкультуры и аквааэробики сопоставимы (**УДД-1, УУР-В**) [140].

Кроме лечебной физкультуры пациентам с ФМ рекомендованы упражнения на основе йоги, цигун, тай-чи (**УДД-1, УУР-А**), так как они улучшают сон, уменьшают усталость. У некоторых пациентов данные упражнения могут иметь превосходство над лечебной гимнастикой и фармакотерапией. Для получения значимого эффекта необходимо 8-10 сеансов ЛФК с инструктором, далее рекомендуется продолжать занятия самостоятельно или с инструктором длительно во избежание рецидивов болевого синдрома [12].

**Психологические методы терапии**, включающие когнитивно-поведенческую терапию и терапию осознанности («mindfulness») (**клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг**) рекомендуется пациентам с ФМ с катастрофизацией, неадаптивными стратегиями преодоления, тревожными, депрессивными расстройствами с целью их коррекции (**УДД-1, УУР-В**) [141–144]. Психологические методы терапии могут быть использованы как в качестве единственного метода лечения ФМ, так и добавлены к фармакотерапии. Они являются эффективными в отношении уменьшения болевого синдрома, выраженности психических коморбидных расстройств. Когнитивно-поведенческая терапия уменьшает уровень инвалидизации пациентов и улучшает качество жизни. В среднем для получения значимого эффекта необходимо 10 сеансов когнитивно-поведенческой терапии или ее разновидностей [141–144].

**Общий массаж медицинский.** Массаж не рекомендуется пациентам с ФМ, так как не приводит к уменьшению интенсивности симптомов заболевания (**УДД-1, УУР-С**) [145]. Однако, имеются данные о положительном влиянии курса массажа продолжительностью  $\geq 5$  недель, что может косвенно свидетельствовать о том, массаж может быть назначен с аккуратностью некоторым пациентам [145].

**Рефлексотерапия.** Рефлексотерапия (иглорефлексотерапия) не рекомендуется в качестве монотерапии для лечения ФМ, но рекомендуется в качестве дополнения к базовой

медикаментозной терапии, так как приводит к снижению болевого синдрома, улучшению качества сна и общего самочувствия (УДД – 1, УУР – В) [146,147].

**Тренировка с биологической обратной связью по электромиографии при заболеваниях периферической нервной системы, тренировка с биологической обратной связью по электромиографии при заболеваниях и травмах суставов.** Биологическая обратная связь рекомендована пациентам с ФМ с выраженным болевым синдромом с целью улучшения качества жизни пациентов с ФМ (УДД- 1, УУР-С) [148,149]. БОС эффективно снижает болевой синдром при ФМ, но не оказывает значимого влияния на сон и усталость у пациентов с ФМ. Эффективность от БОС доказана при проведении 6-22 сеансов [148,149].

**Комплексная терапия.** Комплексная терапия, включающая комбинацию психотерапевтических методов лечения и ЛФК, рекомендуется у пациентов при неэффективности монотерапии при ФМ с целью улучшения качества жизни пациентов с ФМ (УДД – 1, УУР – В) [150]. Комплексная терапия, включающая фармакотерапию, ЛФК, образовательные беседы и психотерапевтические методы на основе аутогенной тренировки рекомендуется пациентам с ФМ (УДД – 2, УУР – В) [151].

## **2.2. Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение при ФМ не разработано.

## **2.3. Иное лечение**

Иное лечение при ФМ не разработано.

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

**Рекомендуются** реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение функционирования и качества жизни пациента с ФМ (УДД-1, УУР-А). Реабилитационные мероприятия могут включать лечебную физкультуру, кинезитерапию, санаторно-курортное лечение, обучение эргономике рабочего места [12,100,138–140,150].

#### **4. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Для профилактики обострения ФМ следует разъяснить пациентам роль психоэмоциональных факторов в хронизации болевого синдрома. Необходимы контроль эффективности и переносимости фармакотерапии, соблюдение режима приёма препаратов и их правильной замены/отмены. Для улучшения качества жизни пациентов с ФМ необходимо разъяснение необходимости включения в распорядок дня лечебной физкультуры, сеансов медитативных техник. Для обеспечения контроля за выполнением рекомендаций необходима связь с пациентом на протяжении всего периода лечения. Повторные консультации могут осуществляться как очно, так и в онлайн-формате [44,100,151,152].

Разъяснительная работа и образовательные беседы могут проводиться врачами общей практики, врачами-терапевтами, врачами-неврологами, врачами-ревматологами, врачами-психотерапевтами, врачами-психиатрами, клиническими психологами.

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- лечение сопутствующих ревматологических заболеваний
- лечение сопутствующих психических заболеваний

#### **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

##### **Течение фибромиалгии**

Хроническое заболевание с периодами ремиссии и обострений.

##### **Прогноз фибромиалгии**

Среди пациентов с ФМ чаще встречаются сопутствующие сердечно - сосудистые заболевания и более высокие показатели смертности (УДД-3, УУР-А) [39,153,154]. По данным некоторых исследователей у пациентов с ФМ риск инсульта в 1,25 раза выше по сравнению с общей популяцией [155] и существуют риски повышенной смертностью от онкологических заболеваний (УДД-3, УУР-В) [39]

У пациентов с ФМ повышенный риск суицида. Суицидальные мысли и повышенный риск самоубийства связаны в первую очередь с сопутствующей депрессией и другими психическими расстройствами (УДД-4, УУР-В) [156,157].

У пациентов с ФМ хуже качество жизни, выше шанс потери трудоспособности. В мире четверть пациентов с ФМ прекращают работать в течение 5 лет после постановки диагноза, а треть получают финансовую поддержку, выплаты по инвалидности из-за симптомов ФМ (УДД-4, УУР-В) [82,84,158]. В Российской Федерации 6 октября 2021 г. вышел приказ N680н, который позволяет установить пациентам с ФМ группу инвалидности [159].

### 8. Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом/ врачом общей практики/ врачом-ревматологом и др. и установлен диагноз ФМ на основании жалоб, анамнеза и осмотра.	Да/нет
2.	Проведена образовательная беседа	Да/нет
3.	Проведены рутинные анализы	Да/нет
4.	Проведен подбор методов лечения	Да/нет
5.	Выполнен динамический осмотр не позднее 1 месяцев от момента лечения	Да/нет
6.	Выполнен динамический осмотр не позднее 3 месяцев от момента лечения	Да/нет
7.	Выполнен динамический осмотр не позднее 6 месяцев от момента лечения	Да/нет

## Список литературы

1. Häuser W., Sarzi-Puttini P., Fitzcharles M. Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis // *Clin. Exp. Rheumatol. Clin Exp Rheumatol*, 2019. Т. 37 Suppl 1, № 1. С. S90–S97.
2. Теплякова О.В. и др. Фибромиалгия: клиническая картина и варианты заболевания // *Современная ревматология*. 2020. Т. 14(2). С. 45–51.
3. Парфенов В.А., Головачева В.А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии. 2018. 288 с.
4. Насонова Т.И. и др. Современные подходы к терапии фибромиалгии. // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021. Т. 13(5). С. 83–89.
5. Давыдов О.С., Глебов М.В. Фибромиалгия // *Российский журнал боли*. 2020. Т. 18, № 3. С. 66–74.
6. Яхно Н.Н. Боль, практическое руководство. МЕДпресс-и. 2022.
7. Табеева Г.Р. Фибромиалгия // В кн.: *Избранные лекции по неврологии*. Под ред. В.Л. Голубева. Эйдос Медиа. 2006. С. 152–70.
8. Табеева Г.Р. Фибромиалгия: формирование симптомов и принципы терапии. // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012. Т. 4(1). С. 23–27.
9. Zhao S.S., Duffield S.J., Goodson N.J. The prevalence and impact of comorbid fibromyalgia in inflammatory arthritis // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. Bailliere Tindall Ltd*, 2019. Т. 33, № 3.
10. Fitzcharles M.A. и др. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary // *Pain Res. Manag. Pain Res Manag*, 2013. Т. 18, № 3. С. 119–126.

11. Wu A.M. и др. Global, regional, and national burden of neck pain, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021 // *Lancet. Rheumatol.* *Lancet Rheumatol*, 2024. Т. 6, № 3. С. e142–e155.
12. Langhorst J. и др. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Rheumatol. Int.* *Rheumatol Int*, 2013. Т. 33, № 1. С. 193–207.
13. Crofford L.J. и др. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia // *Arthritis Rheum.* *Arthritis Rheum*, 1994. Т. 37, № 11. С. 1583–1592.
14. Yunus M. Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation // *J. Rheumatol.* *J Rheumatol*, 1992. Т. 19, № 6. С. 846–850.
15. Yunus M. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness // *Semin. Arthritis Rheum.* *Semin Arthritis Rheum*, 2008. Т. 37, № 6. С. 339–352.
16. Bradley L. Pathophysiology of fibromyalgia // *Am. J. Med.* *Am J Med*, 2009. Т. 122, № 12 Suppl.
17. Бахтадзе М.А. и др. Боль в нижней части спины: какие шкалы и опросники выбрать? // *Российский журнал боли.* 2020. Т. 18(1). С. 22–28.
18. Russell I. и др. Platelet 3H-imipramine uptake receptor density and serum serotonin levels in patients with fibromyalgia/fibrositis syndrome // *J. Rheumatol.* *J Rheumatol*, 1992. Т. 19, № 1. С. 104–109.
19. Russell I. и др. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in

- fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* *Arthritis Rheum*, 1992. Т. 35, № 5. С. 550–556.
20. Southwick S.M., Vythilingam M., Charney D.S. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* *Annu Rev Clin Psychol*, 2005. Т. 1. С. 255–291.
  21. Häuser W. и др. Fibromyalgia // *Nat. Rev. Dis. Prim.* *Nat Rev Dis Primers*, 2015. Т. 1.
  22. Marchi L. и др. Alexithymia and Psychological Distress in Patients With Fibromyalgia and Rheumatic Disease. // *Front. Psychol.* *Frontiers Media S.A.*, 2019. Т. 10, № JULY. С. 1735.
  23. Walker E.A. и др. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability // *Psychosom. Med.* *Lippincott Williams and Wilkins*, 1997. Т. 59, № 6. С. 565–571.
  24. Bradley L.A. Psychiatric comorbidity in fibromyalgia // *Curr. Pain Headache Rep.* *Curr Pain Headache Rep*, 2005. Т. 9, № 2. С. 79–86.
  25. Arnold L.M. и др. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders // *J. Clin. Psychiatry.* *J Clin Psychiatry*, 2006. Т. 67, № 8. С. 1219–1225.
  26. Насонова Т.И., Романов Д.В., Исайкин А.И. Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай // *Cons. Medicum.* 2021. Т. 23(11). С. 874–878.
  27. Casale R, Sarzi-Puttini P, Botto R, Alciati A, Batticciotto A, Marotto D T.R. Fibromyalgia and the concept of resilience // *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Jan-Feb;37 Suppl 116(1)105-113. Epub 2019 Feb 8.
  28. McAllister S.J. и др. Psychological resilience, affective mechanisms and symptom

- burden in a tertiary-care sample of patients with fibromyalgia // *Stress Heal.* John Wiley and Sons Ltd, 2015. Т. 31, № 4. С. 299–305.
29. Crofford L. и др. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia // *Arthritis Rheum.* Arthritis Rheum, 1994. Т. 37, № 11. С. 1583–1592.
  30. Di Franco M., Iannuccelli C., Valesini G. Neuroendocrine immunology of fibromyalgia // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* Ann N Y Acad Sci, 2010. Т. 1193. С. 84–90.
  31. Romano G. и др. Fibromyalgia and chronic fatigue: the underlying biology and related theoretical issues // *Adv. Psychosom. Med.* Adv Psychosom Med, 2015. Т. 34. С. 61–77.
  32. Ablin J., Neumann L., Buskila D. Pathogenesis of fibromyalgia - a review // *Jt. bone spine.* Joint Bone Spine, 2008. Т. 75, № 3. С. 273–279.
  33. Collins S.M., Surette M., Bercik P. The interplay between the intestinal microbiota and the brain // *Nat. Rev. Microbiol.* Nat Rev Microbiol, 2012. Т. 10, № 11. С. 735–742.
  34. Clos-Garcia M. и др. Gut microbiome and serum metabolome analyses identify molecular biomarkers and altered glutamate metabolism in fibromyalgia // *EBioMedicine.* EBioMedicine, 2019. Т. 46. С. 499–511.
  35. Giorgi V. и др. Fibromyalgia: one year in review 2022 // *Clin. Exp. Rheumatol.* Clin Exp Rheumatol, 2022. Т. 40, № 6. С. 1065–1072.
  36. Grayston R. и др. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis // *Semin. Arthritis Rheum.* Semin Arthritis Rheum, 2019. Т. 48, № 5. С. 933–940.

37. Queiroz L.P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia // *Curr. Pain Headache Rep. Curr Pain Headache Rep*, 2013. Т. 17, № 8.
38. McBeth J., Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007. Т. 21, № 3. С. 403–425.
39. McBeth J. и др. Musculoskeletal pain is associated with a long-term increased risk of cancer and cardiovascular-related mortality // *Rheumatology (Oxford). Rheumatology (Oxford)*, 2009. Т. 48, № 1. С. 74–77.
40. Vincent A. и др. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project // *Arthritis Care Res. (Hoboken). Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2013. Т. 65, № 5. С. 786–792.
41. Perrot S. и др. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia) // *BMC Musculoskelet. Disord. BMC Musculoskelet Disord*, 2011. Т. 12.
42. Nakamura I. и др. An epidemiologic internet survey of fibromyalgia and chronic pain in Japan // *Arthritis Care Res. (Hoboken). Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2014. Т. 66, № 7. С. 1093–1101.
43. Kim C., Kim H., Kim J. Prevalence of chronic widespread pain and fibromyalgia syndrome: a Korean hospital-based study // *Rheumatol. Int. Rheumatol Int*, 2012. Т. 32, № 11. С. 3435–3442.
44. Arnold L.M. и др. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia // *Journal of Pain. J Pain*, 2019. Т. 20, № 6. С. 611–628.
45. Jones G.T. и др. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified

- 2010 classification criteria // *Arthritis Rheumatol.* (Hoboken, N.J.). *Arthritis Rheumatol*, 2015. Т. 67, № 2. С. 568–575.
46. Стороженко О.Н. Распространенность и факторы риска синдромов фибромиалгии и хронической генерализованной боли в популяции г. Екатеринбурга: Дисс. ...канд. мед. наук. Москва; 2004. С. 171 с.
  47. Wolfe F. и др. Aspects of fibromyalgia in the general population: Sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms // *J. Rheumatol.* 1995. Т. 22, № 1. С. 151–156.
  48. Wolfe F. и др. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population // *Arthritis Rheum. Arthritis Rheum*, 1995. Т. 38, № 1. С. 19–28.
  49. Arnold L.M. и др. Family study of fibromyalgia // *Arthritis Rheum. Arthritis Rheum*, 2004. Т. 50, № 3. С. 944–952.
  50. Coskun Benlidayi I. Fibromyalgia interferes with disease activity and biological therapy response in inflammatory rheumatic diseases // *Rheumatol. Int. Rheumatol Int*, 2020. Т. 40, № 6. С. 849–858.
  51. Haliloglu S. и др. Fibromyalgia in patients with other rheumatic diseases: prevalence and relationship with disease activity // *Rheumatol. Int. Rheumatol Int*, 2014. Т. 34, № 9. С. 1275–1280.
  52. Yunus M.B. The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions // *Pain Res. Treat. Pain Res Treat*, 2012. Т. 2012.
  53. Heidari F., Afshari M., Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis // *Rheumatol. Int. Rheumatol Int*, 2017. Т. 37, № 9. С. 1527–1539.
  54. Ahmad J., Tagoe C.E. Fibromyalgia and chronic widespread pain in autoimmune thyroid disease // *Clin. Rheumatol. Clin Rheumatol*, 2014. Т. 33, № 7. С. 885–

891.

55. Thomas C. и др. Prevalence of fibromyalgia in a Brazilian series of patients with multiple sclerosis // *Arq. Neuropsiquiatr. Arq Neuropsiquiatr*, 2023. Т. 81, № 9. С. 803–808.
56. Coloma J.L. и др. Prevalence of fibromyalgia among women with deep infiltrating endometriosis // *Int. J. Gynaecol. Obstet. Int J Gynaecol Obstet*, 2019. Т. 146, № 2. С. 157–163.
57. P Y. и др. Temporomandibular Disorders and Fibromyalgia Prevalence: A Systematic Review and Meta-Analysis // *J. oral facial pain headache. J Oral Facial Pain Headache*, 2023. Т. 37, № 3.
58. De Tommaso M. и др. Fibromyalgia comorbidity in primary headaches // *Cephalalgia. Cephalalgia*, 2009. Т. 29, № 4. С. 453–464.
59. GD S. и др. Overlap of Five Chronic Pain Conditions: Temporomandibular Disorders, Headache, Back Pain, Irritable Bowel Syndrome, and Fibromyalgia // *J. oral facial pain headache. J Oral Facial Pain Headache*, 2020. Т. 34, № Suppl. С. s15–s28.
60. Aoyagi K. и др. A Subgroup of Chronic Low Back Pain Patients With Central Sensitization // *Clin. J. Pain. Clin J Pain*, 2019. Т. 35, № 11.
61. Johnson C.M., Makai G.E.H. Fibromyalgia and Irritable Bowel Syndrome in Female Pelvic Pain // *Semin. Reprod. Med. Semin Reprod Med*, 2018. Т. 36, № 2. С. 136–142.
62. Fietta P, Fietta P M.P. Fibromyalgia and psychiatric disorders // *Acta Biomed.* 2007 Aug;78(2)88-95.
63. Hass D.R.G. и др. Prevalence of fibromyalgia in depressive patients and its influence in the degree of depression and quality of life // *Asia. Pac. Psychiatry*.

- Asia Pac Psychiatry, 2014. Т. 6, № 4. С. 458–459.
64. Lawrence-Wolff K.M. и др. Prevalence of Fibromyalgia Syndrome in Active-Duty Military Personnel // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2023. Т. 75, № 3. С. 667–673.
  65. Buskila D, Ablin JN, Ben-Zion I, Muntanu D, Shalev A, Sarzi-Puttini P C.H. A painful train of events: increased prevalence of fibromyalgia in survivors of a major train crash. *Clin Exp Rheumatol*. 2009 Sep-Oct;27(5 Suppl 56):S79-85.
  66. Wolfe F. и др. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria // *Semin. Arthritis Rheum*. Semin Arthritis Rheum, 2016. Т. 46, № 3. С. 319–329.
  67. Г.Р. Т. Болевой синдром у больных фибромиалгией // *Русский медицинский журнал*. 2003. Т. 11. № 10. С. 586–589.
  68. Häuser W. и др. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia // *Pain reports*. Pain Rep, 2017. Т. 2, № 3.
  69. Ханунов И.Г. Клинико-психологическое, нейрофизиологическое исследование и фототерапия больных фибромиалгией. // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 23 с.
  70. Moldofsky H. и др. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with «fibrositis syndrome» and healthy subjects // *Psychosom. Med*. Psychosom Med, 1975. Т. 37, № 4. С. 341–351.
  71. Bennett R.M. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia // *Rheum. Dis. Clin. North Am*. Rheum Dis Clin North Am, 2009. Т. 35, № 2. С. 215–232.
  72. Meeus M., Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome // *Clin. Rheumatol*. Clin Rheumatol, 2007. Т. 26, № 4. С. 465–473.

73. Carville S.F. и др. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome // *Ann. Rheum. Dis.* Ann Rheum Dis, 2008. Т. 67, № 4. С. 536–541.
74. Wolfe F. и др. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee // *Arthritis Rheum.* Arthritis Rheum, 1990. Т. 33, № 2. С. 160–172.
75. Yunus M.B., Aldag J.C. The concept of incomplete fibromyalgia syndrome: comparison of incomplete fibromyalgia syndrome with fibromyalgia syndrome by 1990 ACR classification criteria and its implications for newer criteria and clinical practice // *J. Clin. Rheumatol.* J Clin Rheumatol, 2012. Т. 18, № 2. С. 71–75.
76. Т.И. Н. Коморбидные расстройства при фибромиалгии: диагностика и лечение: Дисс. ...канд. мед. наук. Москва; 2023. С. 134.
77. Bilge U. и др. Prevalence of comorbid diseases in patients with fibromyalgia: A retrospective cross-sectional study // *J. Pak. Med. Assoc.* J Pak Med Assoc, 2018. Т. 68, № 5. С. 729–732.
78. Yunus M.B. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes // *Semin. Arthritis Rheum.* Semin Arthritis Rheum, 2007. Т. 36, № 6. С. 339–356.
79. Aaron L.A., Buchwald D. Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions // *Bailliere's Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* Bailliere Tindall Ltd, 2003. Т. 17, № 4. С. 563–574.
80. Arnold L.M. Management of fibromyalgia and comorbid psychiatric disorders // *J. Clin. Psychiatry.* J Clin Psychiatry, 2008. Т. 69 Suppl 2, № SUPPL. 2. С. 14–19.
81. Насонова Т.И., Парфенов В.А., Мухаметзянова А.Х. Типичная врачебная практика ведения пациентов с фибромиалгией. 2022. Т. 24, № 11. С. 796–799.

82. Walitt B. и др. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey // PLoS One. PLoS One, 2015. Т. 10, № 9.
83. Salaffi F. и др. Diagnosis of fibromyalgia: comparison of the 2011/2016 ACR and AAPT criteria and validation of the modified Fibromyalgia Assessment Status // Rheumatology (Oxford). Rheumatology (Oxford), 2020. Т. 59, № 10. С. 3042–3049.
84. Fitzcharles M.A. и др. Disability in Fibromyalgia Associates with Symptom Severity and Occupation Characteristics // J. Rheumatol. J Rheumatol, 2016. Т. 43, № 5. С. 931–936.
85. Perrot S., Bouhassira D., Fermanian J. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) // Pain. Pain, 2010. Т. 150, № 2. С. 250–256.
86. Häuser W., Thieme K., Turk D.C. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review // Eur. J. Pain. Eur J Pain, 2010. Т. 14, № 1. С. 5–10.
87. Бахтадзе М.А., Чурюканов М.В., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С., Проскуряков К.В. К.М.С. Опросник для оценки центральной сенситизации: лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2020. Т. 18(4). С. 40-45.
88. Ablin J.N. и др. Guidelines for the diagnosis and treatment of the fibromyalgia syndrome // Harefuah. 2013. Т. 152. С. 742-747,751,750. Hebrew.
89. Katz R.S., Wolfe F., Michaud K. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey, and American College of Rheumatology criteria // Arthritis Rheum. Arthritis Rheum, 2006. Т. 54, № 1. С. 169–176.

90. Bidari A., Ghavidel-Parsa B., Ghalehbaghi B. Reliability of ACR criteria over time to differentiate classic fibromyalgia from nonspecific widespread pain syndrome: a 6-month prospective cohort study // *Mod. Rheumatol. Mod Rheumatol*, 2009. Т. 19, № 6. С. 663–669.
91. Goldenberg D.L. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia // *Am. J. Med. Am J Med*, 2009. Т. 122, № 12 Suppl.
92. Fitzcharles M.A. и др. Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines // *Evid. Based. Complement. Alternat. Med. Evid Based Complement Alternat Med*, 2013. Т. 2013.
93. Häuser W. и др. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines // *Polish Arch. Intern. Med. Pol Arch Intern Med*, 2017. Т. 127, № 1. С. 47–56.
94. Eich W. и др. Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis of fibromyalgia syndrome: Updated guidelines 2017 and overview of systematic review articles // *Schmerz. Schmerz*, 2017. Т. 31, № 3. С. 231–238.
95. Чичасова Н.В., Иголкина Е.В. Синдром фибромиалгии: можно ли добиться улучшения? // *СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ*. 2012. Т. 2:12. С. 16–24.
96. Зинчук М.С., Турчинец А.М., Тумуров Д.А., Журавлев Д.В., Брызгалова Ю.Е. Г.А.. Современные представления о соотношении фибромиалгии и психических расстройств. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(10)7–16.
97. Wolfe F. и др. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia // *J. Rheumatol. J Rheumatol*, 2011. Т. 38, № 6. С. 1113–1122.

98. Dell'Isola A. и др. Identification of clinical phenotypes in knee osteoarthritis: a systematic review of the literature // BMC Musculoskelet. Disord. BMC Musculoskelet Disord, 2016. Т. 17, № 1. С. 1–12.
99. De Wandele I. и др. Orthostatic intolerance and fatigue in the hypermobility type of Ehlers-Danlos Syndrome // Rheumatology (Oxford). Rheumatology (Oxford), 2016. Т. 55, № 8. С. 1412–1420.
100. Macfarlane GJ и др. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia // Ann. Rheum. Dis. Ann Rheum Dis, 2017. Т. 76, № 2. С. 318–328.
101. Thorpe J и др. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2018. Т. 2, № 2. С. 297–300.
102. Eich W. и др. Fibromyalgia syndrome. General principles and coordination of clinical care and patient education // Schmerz. Schmerz, 2012. Т. 26, № 3. С. 268–275.
103. Насонова Т.И., Романов Д.В., Мухаметзянова А.Х., Исайкин А.И. П.В.А. Психические расстройства у пациентов с фибромиалгией: психометрическая оценка тревоги, депрессии, соматизации и расстройств личности. // Российский журнал боли. 2022;20(3):21–26.
104. de Farias AD и др. Comparing the efficacy and safety of duloxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: overview of systematic reviews // Adv. Rheumatol. (London, England). Adv Rheumatol, 2020. Т. 60, № 1.
105. Welsch P и др. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2018. Т. 2, № 2.
106. Arnold LM и др. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of

- duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder // *Pain. Pain*, 2005. Т. 119, № 1–3. С. 5–15.
107. Russell JJ и др. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: Results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial // *Pain. Pain*, 2008. Т. 136, № 3. С. 432–444.
  108. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia // *Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev*, 2014. Т. 2014, № 1.
  109. Cording M и др. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults // *Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev*, 2015. Т. 2015, № 10.
  110. Sayar K и др. Venlafaxine treatment of fibromyalgia // *Ann. Pharmacother. Ann Pharmacother*, 2003. Т. 37, № 11. С. 1561–1565.
  111. Vanderweide L.A., Smith S.M., Trinkley K.E. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia // *J. Clin. Pharm. Ther. J Clin Pharm Ther*, 2015. Т. 40, № 1. С. 1–6.
  112. Uçeyler N, Häuser W, Sommer C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome // *Arthritis Rheum. Arthritis Rheum*, 2008. Т. 59, № 9. С. 1279–1298.
  113. O'Malley PG и др. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis // *J. Gen. Intern. Med. J Gen Intern Med*, 2000. Т. 15, № 9. С. 659–666.
  114. Arnold LM, Keck PE, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review // *Psychosomatics. Psychosomatics*, 2000. Т. 41, № 2. С. 104–113.
  115. Carette S и др. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. A double-blind,

- placebo-controlled study // *Arthritis Rheum.* *Arthritis Rheum*, 1986. Т. 29, № 5. С. 655–659.
116. Goldenberg D., Felson D., Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia // *Arthritis Rheum.* *Arthritis Rheum*, 1986. Т. 29, № 11. С. 1371–1377.
117. Häuser W и др. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis // *Rheumatology (Oxford).* *Rheumatology (Oxford)*, 2011. Т. 50, № 3. С. 532–543.
118. Rico-Villademoros F, Slim M, Calandre EP. Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: a comprehensive review // *Expert Rev. Neurother.* *Expert Rev Neurother*, 2015. Т. 15, № 10. С. 1123–1150.
119. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review // *JAMA.* *JAMA*, 2014. Т. 311, № 15. С. 1547–1555.
120. Häuser W и др. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines // *Polish Arch. Intern. Med.* *Pol Arch Intern Med*, 2017. Т. 127, № 1. С. 47–56.
121. Üçeyler N и др. Anticonvulsants for fibromyalgia // *Cochrane database Syst. Rev.* *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. Т. 2013, № 10.
122. Arnold LM и др. An evidence-based review of pregabalin for the treatment of fibromyalgia // *Curr. Med. Res. Opin.* *Curr Med Res Opin*, 2018. Т. 34, № 8. С. 1397–1409.
123. Derry S и др. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults // *Cochrane database Syst. Rev.* *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. Т. 9, № 9.
124. Arnold LM и др. Safety profile and tolerability of up to 1 year of pregabalin

- treatment in 3 open-label extension studies in patients with fibromyalgia // Clin. Ther. Clin Ther, 2012. Т. 34, № 5. С. 1092–1102.
125. Чичасова Н.В., Е.В. И. Терапия синдрома фибромиалгии на современном этапе. // Современная ревматология. 2014. Т. 2. С. 76–82.
  126. Wiffen PJ и др. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2013. Т. 2013, № 11.
  127. Cooper TE и др. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2017. Т. 1, № 1.
  128. Arnold LM и др. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial // Arthritis Rheum. Arthritis Rheum, 2007. Т. 56, № 4. С. 1336–1344.
  129. Tofferi J.K., Jackson J.L., O'Malley P.G. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis // Arthritis Rheum. Arthritis Rheum, 2004. Т. 51, № 1. С. 9–13.
  130. Choy E и др. A systematic review and mixed treatment comparison of the efficacy of pharmacological treatments for fibromyalgia // Semin. Arthritis Rheum. Semin Arthritis Rheum, 2011. Т. 41, № 3.
  131. Derry S и др. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2017. Т. 3, № 3.
  132. Häuser W и др. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis // CNS Drugs. CNS Drugs, 2012. Т. 26, № 4. С. 297–307.
  133. Goldenberg D. и др. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia // Arthritis Rheum. Arthritis Rheum,

1996. Т. 39, № 11. С. 1852–1859.
134. Bennett R.M. и др. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study // *Am. J. Med. Am J Med*, 2003. Т. 114, № 7. С. 537–545.
135. Чичасова Н.В., Насонов Е.Л., Иголкина Е.В. Д. Применение трамадола гидрохлорид (Трамала) в ревматологической практике. // *Клин фармакол тер.* 1999. Т. 8(1). С. 69–72.
136. Peng X. и др. Long-term evaluation of opioid treatment in fibromyalgia // *Clin. J. Pain. Clin J Pain*, 2015. Т. 31, № 1. С. 7–13.
137. Walitt B и др. Antipsychotics for fibromyalgia in adults // *Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev*, 2016. Т. 2016, № 6.
138. Sosa-Reina M.D. и др. Effectiveness of Therapeutic Exercise in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials // *Biomed Res. Int. Biomed Res Int*, 2017. Т. 2017.
139. Estévez-López F. и др. Effectiveness of Exercise on Fatigue and Sleep Quality in Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials // *Arch. Phys. Med. Rehabil. Arch Phys Med Rehabil*, 2021. Т. 102, № 4. С. 752–761.
140. Bidonde J. и др. Aquatic exercise training for fibromyalgia // *Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev*, 2014. Т. 2014, № 10.
141. Bernardy K. и др. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Eur. J. Pain. Eur J Pain*, 2018. Т. 22, № 2. С. 242–260.
142. Haugmark T. и др. Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients

- with fibromyalgia - A systematic review and meta-analyses // PLoS One. PLoS One, 2019. Т. 14, № 9.
143. Lauche R. и др. A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome // J. Psychosom. Res. J Psychosom Res, 2013. Т. 75, № 6. С. 500–510.
  144. Pérez-Aranda A. и др. Cost-Utility of Mindfulness-Based Stress Reduction for Fibromyalgia versus a Multicomponent Intervention and Usual Care: A 12-Month Randomized Controlled Trial (EUDAIMON Study) // J. Clin. Med. J Clin Med, 2019. Т. 8, № 7.
  145. Li Y.H. и др. Massage therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // PLoS One. PLoS One, 2014. Т. 9, № 2.
  146. Deare J.C. и др. Acupuncture for treating fibromyalgia // Cochrane database Syst. Rev. Cochrane Database Syst Rev, 2013. Т. 2013, № 5.
  147. Kim J. и др. Comparing Verum and Sham Acupuncture in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis // Evid. Based. Complement. Alternat. Med. Evid Based Complement Alternat Med, 2019. Т. 2019.
  148. Baumueller E. и др. Electromyogram Biofeedback in Patients with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial // Complement. Med. Res. Complement Med Res, 2017. Т. 24, № 1. С. 33–39.
  149. Glombiewski J.A., Bernardy K., Häuser W. Efficacy of EMG- and EEG-Biofeedback in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis and a Systematic Review of Randomized Controlled Trials // Evid. Based. Complement. Alternat. Med. Evid Based Complement Alternat Med, 2013. Т. 2013.
  150. Häuser W. и др. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials // Arthritis Rheum.

- Arthritis Rheum, 2009. Т. 61, № 2. С. 216–224.
151. Luciano J. V. и др. Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial // Clin. J. Pain. Clin J Pain, 2011. Т. 27, № 5. С. 383–391.
  152. Geraghty A.W.A. и др. Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis // PLoS One. PLoS One, 2021. Т. 16, № 7.
  153. Torrance N. и др. Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study // Eur. J. Pain. Eur J Pain, 2010. Т. 14, № 4. С. 380–386.
  154. Morales-Espinoza E.M. и др. Complexity, comorbidity, and health care costs associated with chronic widespread pain in primary care // Pain. Pain, 2016. Т. 157, № 4. С. 818–826.
  155. Tseng C.H. и др. Increased Risk of Stroke in Patients With Fibromyalgia: A Population-BASED Cohort Study // Medicine (Baltimore). Medicine (Baltimore), 2016. Т. 95, № 8.
  156. Calandre E.P. и др. Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study // Pain Pract. Pain Pract, 2015. Т. 15, № 2. С. 168–174.
  157. Jimenez-Rodríguez I. и др. Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain // Neuropsychiatr. Dis. Treat. Neuropsychiatr Dis Treat, 2014. Т. 10. С. 625–630.
  158. Guymier E.K. и др. Fibromyalgia onset has a high impact on work ability in Australians // Intern. Med. J. Intern Med J, 2016. Т. 46, № 9. С. 1069–1074.
  159. Приказ От 6 Октября 2021 Г. N 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. 2022.

160. Kang J.H. и др. Disentangling Diagnosis and Management of Fibromyalgia // J. Rheum. Dis. Korean College of Rheumatology, 2022. Т. 29, № 1. С. 4.
161. Насонова Т.И. и др. Опросник для выявления фибромиалгии : лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2022. Т. 20, № 3. С. 16–20.
162. Bennett R.M. и др. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties // Arthritis Res. Ther. Arthritis Res Ther, 2009. Т. 11, № 4.
163. Насонова Т.И., Бахтадзе М.А., Мухаметзянова А.Х. И.А.И. Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии: лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2023. Т. 21(1). С. 47-51.
164. Neblett R. The central sensitization inventory: A user's manual. // J. Appl. Biobehav. Res. 2018. Т. 23(2). С. e12123.

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру  
клинических рекомендаций**

1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, профессор, д.м.н. (г. Волгоград).
2.	Бахтадзе Максим Альбертович	Ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, к.м.н. (г. Москва).
3.	Давыдов Олег Сергеевич	Ведущий научный сотрудник лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», член Президиума Российского общества по изучению боли, к.м.н. (г. Москва).
4.	Исайкин Алексей Иванович	Доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ, доцент, к.м.н. (г. Москва)
5.	Калинский Павел Павлович	Профессор института клинической неврологии и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, член президиума Российского общества по изучению боли, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ (г. Владивосток).
6.	Каратеев Андрей Евгеньевич	Заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой», член Президиума Российского общества по изучению боли, д.м.н. (г. Москва).
7.	Кукушкин Михаил Львович	Заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», руководитель Российского общества по изучению боли, профессор, д.м.н. (г. Москва)

8.	Лиля Александр Михайлович	Директор ФГБНУ "НИИР им. В.А. Насоновой", заведующий кафедрой ревматологии ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" МЗ РФ, член президиума правления Ассоциации Ревматологов России, профессор, д.м.н. (г. Москва)
9.	Медведева Людмила Анатольевна	Главный научный сотрудник клиники изучения и лечения боли ФГБНУ РНЦХ им. Академика Б.В. Петровского, член Президиума Российского общества по изучению боли, д.м.н. (г. Москва).
10.	Насонова Татьяна Игоревна	Заведующий лечебно-диагностическим отделением №1, врач-невролог Университетской клинической больницы №3 Клинического центра ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)», к.м.н. (г. Москва)
11.	Парфенов Владимир Анатольевич	Заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ, член президиума Российского общества по изучению боли, профессор, д.м.н. (г. Москва)
12.	Романов Дмитрий Владимирович	Профессор кафедры психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ, ведущий научный сотрудник Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, доцент, д.м.н. (г. Москва)
13.	Табеева Гюзьяль Рафкатовна,	Профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет). Президент общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли», профессор, д.м.н.

		(г.Москва)
14.	Теплякова Ольга Вячеславовна	Профессор кафедры поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФГБУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, научный руководитель амбулаторной службы МО «Новая больница», д.м.н. (г. Екатеринбург)
15.	Чичасова Наталья Владимировна	Профессор кафедры ревматологии ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" МЗ РФ, старший научный сотрудник Института Ревматологии им. В.А. Насоновой, член президиума правления Ассоциации Ревматологов России, профессор, д.м.н. (г. Москва)
16.	Чурюканов Максим Валерьевич	Доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ, старший научный сотрудник клиники изучения и лечения боли ФГБНУ РНЦХ им. Академика Б.В.Петровского, член президиума Российского общества по изучению боли, доцент, к.м.н. (г. Москва)
17.	Широков Василий Афонасьевич	Профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии, мануальной терапии ФГБУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, член президиума Российского общества по изучению боли, профессор, д.м.н. (г. Екатеринбург)
18.	Яхно Николай Николаевич	Профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» МЗ РФ, Президент Российского общества по изучению боли, академик РАН, профессор, д.м.н. (г. Москва).

Конфликт интересов: отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи общей практики
2. Врачи-терапевты
3. Врачи-ревматологи
4. Врачи-неврологи
5. Врачи-генетики
6. Врачи-психиатры
7. Врачи-психотерапевты
8. Врачи лечебной физкультуры

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

## **Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

– Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

– Приказ N680н от 06.10.2021 о внесении изменения в приложение N1 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 27августа 2019 г. N585н.

– КР400. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих методических материалов и междисциплинарных консенсусов специалистов:

– Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е., и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. Научно-практическая ревматология.2016;54(3):247-265.

– Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т., и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология. 2018; 56: 1-29.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов, содержащихся в Государственном реестре лекарственных средств – [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru)

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

### ПАЦИЕНТА С ФИБРОМИАЛГИЕЙ



## Приложение В. Информация для пациента

Фибромиалгия – заболевание, при котором у пациентов имеется хронический распространенный болевой синдром, утомляемость, нарушение сна и трудности с мышлением. При фибромиалгии также могут быть: изменение настроения (депрессивные и тревожные мысли), ощущение утренней скованности суставов, учащенное сердцебиение, шум в ушах, проблемы в работе кишечника или желудка, головные боли и другие симптомы.

### Что известно про фибромиалгию?

В мире около 2-15 % людей страдают фибромиалгией. Причины возникновения фибромиалгии еще изучаются. К развитию фибромиалгии может приводить ЦГ, нарушение в работе антиноцицептивной (протиболевой) системы организма, нарушение обмена нейромедиаторов (серотонин, норадреналин, дофамин), неблагоприятные психосоциальные и другие факторы.

Фибромиалгия – клинический диагноз. Это значит, что фибромиалгия может быть выставлена на основании анализа жалоб, анамнеза и осмотра пациента при исключении других заболеваний (например, неврологических и ревматологических). В большинстве случаев при подозрении на фибромиалгию нет необходимости в проведении дополнительных специфических лабораторных и инструментальных обследований. Однако, для точной диагностики фибромиалгии и ее влияния на различные сферы жизни пациента, врач может предложить заполнить различные шкалы и опросники.

Чем быстрее поставлен диагноз фибромиалгии, тем быстрее пациенту будет подобрано эффективное лечение. Цель лечения фибромиалгии- снижение интенсивности болевого синдрома (у пациентов с фибромиалгией уменьшение интенсивности боли на 30% от первоначальной уже считается хорошим эффектом), улучшение сна, когнитивных функций, улучшение качества жизни.

У большинства пациентов симптомы фибромиалгии уменьшаются по интенсивности после проведения образовательной беседы и занятий лечебной физкультурой. При наличии сопутствующих эмоциональных нарушений пациенту может быть рекомендованы психологические или психотерапевтические методы лечения, в том числе когнитивно-поведенческая терапия боли. Только при наличии выраженных эмоциональных расстройств, интенсивного болевого синдрома или выраженных нарушений сна пациенту будет рекомендована фармакотерапия. Иногда при неэффективности одного из видов лечения пациентам с фибромиалгией необходимо сочетание различных видов медикаментозного и немедикаментозного лечения, которые подбираются Вашим лечащим врачом.

Ниже приведено краткое описание всех возможных методов лечения. *Эффективность лечения фибромиалгии зависит от приверженности терапии и точности исполнения рекомендаций, данных пациенту лечащим врачом.* Все рекомендации основаны на результатах мировых научных исследований.

### Немедикаментозные методы лечения.

*Лечебная физкультура, кинезиотерапия* – специально подобранные упражнения, которые помогают укреплять и расслаблять мышцы тела. Это может быть групповая лечебная физкультура, аквааэробика, однако предпочтение отдается индивидуально подобранным

упражнениям (кинезиотерапия). Упражнения могут привести к усилению боли в первые недели их выполнения, но в дальнейшем наблюдается положительный эффект в виде снижения интенсивности боли, улучшении ночного сна и эмоционального состояния пациента. Ежедневное выполнение упражнений позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с фибромиалгией.

*Психологические методы лечения (в том числе когнитивно-поведенческая терапия).* Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) - это вид психотерапии, который учит отслеживать негативные автоматические мысли и убеждения (в том числе относительно болевого синдрома, нарушенного сна и т.д.). Этот вид психологической помощи помогает скорректировать ощущение боли, снизить ее интенсивность, нормализовать сон и улучшить настроение при фибромиалгии.

*Массаж, иглорефлексотерапия* не рекомендуются в качестве монотерапии у пациентов с фибромиалгией, так как большинство исследований показывают их недостаточную эффективность при лечении фибромиалгии. Однако, использование данных методы лечения может быть обсуждено с лечащим врачом в индивидуальном порядке.

*Комплексная терапия* (многокомпонентные методы лечения, включающие применение различных комбинаций физических упражнений, образовательных программ, релаксационных методик или некоторых других специфических процедур, таких как тай-чи или массаж) может использоваться у пациентов с фибромиалгией, так как снижает интенсивность боли и улучшает качества жизни.

### **Медикаментозное лечение**

При неэффективности немедикаментозных методов лечения возможно использование фармакотерапии с доказанным противоболевым эффектом. *Препараты, стоит принимать в дозировке, подобранной Вашим врачом.*

## **Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

### **Приложение Г1. Шкалы оценки интенсивности боли**

**Название на русском языке:** визуальная аналоговая шкала (ВАШ), числовая рейтинговая шкала (ЧРШ), вербальная ранговая шкала (ВРШ)

**Оригинальное название:** Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale, Verbal Rating Scale

**Источники:**

A. Williamson, B. Hoggart: Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*. 14:798-804 2005.

Боль: руководство для студентов и врачей : учебн. пособие / под ред. акад. РАМН Н.Н.Яхно. – М. : МЕДпрессинформ, 2010. – 304 с.

**Тип** – шкала

**Назначение:** оценка интенсивности боли

**Пояснение:** ВАШ представляет собой линию 10 см (100 мм), на которой пациенту предлагается сделать отметку, соответствующую интенсивности боли, испытываемой в данный момент (или в течение определенного времени, например за последнюю неделю), пациент делает выбор между «нет боли» и «невыносимая боль». Далее измеряют сантиметром расстояние между началом шкалы («нет боли») и отметкой пациента, сантиметры затем переводят в баллы (1 см = 10мм= 1 баллу).

ЧРШ аналогична ВАШ и является её модификацией. Пациент отмечает один из 11 (иногда используют градацию от 0 до 101) пунктов шкалы, соответствующий интенсивности его боли в настоящий момент.

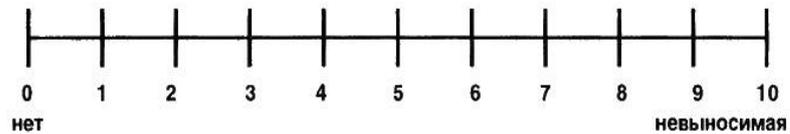
ВРШ состоит из прилагательных, описывающих боль и расположенных в порядке возрастания её интенсивности. Иногда пользуются шкалой, содержащей прилагательные и цифровые обозначения (0 – «нет боли» 1 - «слабая», 2 - «умеренная», 3 - «сильная», 4 -«очень сильная», 5 - «невыносимая»). Алгоритм работы такой же как с ВАШ.

Визуальная аналоговая шкала

(длина отрезка – 10 см или 100 мм)



Числовая рейтинговая шкала



Вербальная ранговая шкала

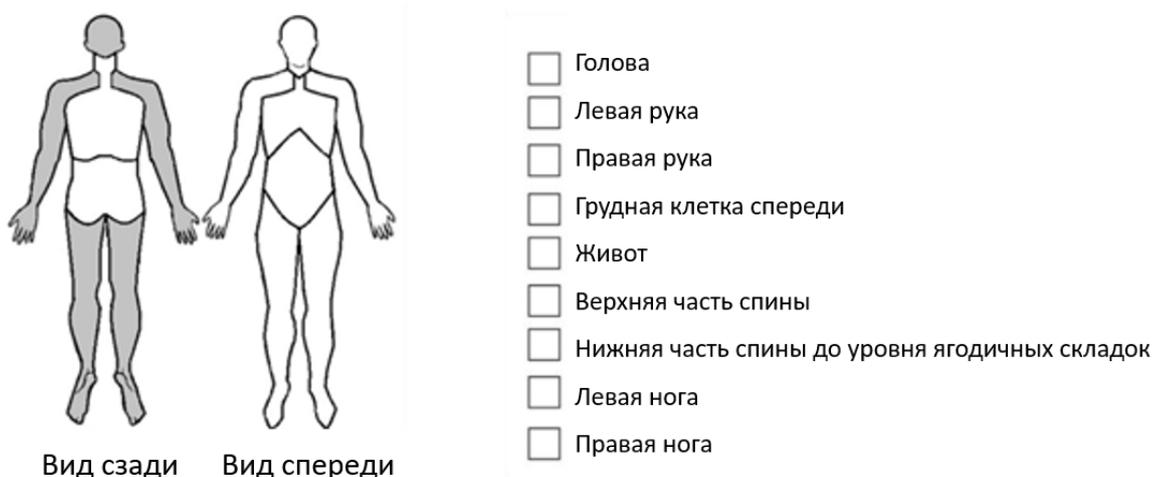


## Приложение Г2. Критерии диагностики

**Диагностические критерии ААРТ 2019 г. (ACTION-APS Pain Taxonomy, Американской Таксономии Боли) [44,66]:**

1. Генерализованная боль (боль в 6 из 9 участках тела) от умеренной до тяжелой интенсивности без проводимого лечения (Рисунок Г2)
2. Умеренные или серьезные проблемы со сном ИЛИ усталость
3. Длительность генерализованной боли (п.1) и усталости/проблем со сном (п.2) должны быть не менее 3 месяцев

**Рисунок Г2. Количество частей тела, в которых пациент испытывает боль.** Пациентов просят отметить области, в которых они испытывают боль, на изображениях 2-ух видов (не обращая внимания на предварительно заштрихованные области). В качестве альтернативы пациенты могут воспользоваться списком участков тела. Количество заштрихованных областей суммируется; максимальное число частей тела-9.



**Диагностические критерии ACR 2016г (Американской коллегии ревматологов 2016 года) [35]:**

Обновленные критерии фибромиалгии 2016 г
Пациент удовлетворяет обновленным критериям фибромиалгии 2016 года, при сочетании 3-х следующих условий: (1) Индекс распространенности боли (ИРБ) $\geq 7$ и Шкала тяжести симптомов (ШТС) $\geq 5$ ИЛИ ИРБ 4-6 и ШТС $\geq 9$ . (2) Должна присутствовать генерализованная боль, определяемая как боль по крайней мере в 4 из 5 областей. Боль в челюсти, груди и животе не включены в определение генерализованной боли. (3) Симптомы обычно присутствуют в течение не менее 3 месяцев.

(4) Диагноз фибромиалгии верен независимо от наличия других диагнозов. Диагноз фибромиалгии не исключает наличия других клинически значимых заболеваний.		
Описание:		
(1) Индекс распространённой боли (ИРБ): посчитайте количество областей, в которых пациент испытывал боль за последнюю неделю. Во скольких областях пациент испытывал боль? Количество областей будет от 0 до 19		
Левая верхняя область (Область 1) Челюсть слева Левое надплечье Левое плечо Левое предплечье	Правая верхняя область (Область 2) Челюсть справа Правое надплечье Правое плечо Правое предплечье	Центральная область (Область 5) Шейный отдел Верхняя часть спины Нижняя часть спины Грудная клетка спереди Живот
Левая нижняя область (область 3) Область левого тазобедренного сустава (левая ягодица, большой вертел) Левое бедро Левая голень	Правая нижняя область (область 4) Область правого тазобедренного сустава (правая ягодица, большой вертел) Правое бедро Правая голень	
(2) Шкала тяжести симптомов (ШТС) 1. Усталость 2. Невосстановительный сон 3. Когнитивные симптомы  Для каждого из 3 вышеперечисленных симптомов укажите степень тяжести за последнюю неделю, используя следующую шкалу:  0 = Не было проблем 1 = Незначительные или легкие проблемы, как правило, слабые или непостоянные 2 = Умеренные, значительные проблемы, часто присутствующие и/или на умеренном уровне 3 = Серьезные: распространенные, <u>постоянные</u> , снижающие качество жизни проблемы		
Оценка по шкале тяжести симптомов (ШТС): представляет собой сумму баллов степеней тяжести 3 симптомов (усталость, невозстановительный сон и когнитивные симптомы) (0-9) плюс сумма (0-3) количества следующих симптомов, возникших в течение предыдущих 6 месяцев, которые беспокоили пациента: (1) Головные боли (0-1) (2) Боль или спазмы в нижней части живота (0-1) (3) И депрессия (0-1)		
Итоговая оценка по шкале тяжести симптомов составляет от 0 до 12 Шкала тяжести фибромиалгии (ТФ) представляет собой сумму показателей ИРБ и ШТС		

Пациент отвечает диагностическим критериям ФМ, если имеются три следующих состояния:

- Индекс распространённой боли (ИРБ)  $\geq 7$  и шкала тяжести симптомов (ШТС)  $\geq 5$  или ИРБ 3–6, а ШТС  $\geq 9$ .
- Симптомы присутствуют на данном уровне по крайней мере 3 месяца.
- У пациента нет признаков другого заболевания, которое могло объяснить боль.

**Диагностические критерии FAS 2019 modCr (Модифицированный статус оценки фибромиалгии) [83,160]**

FAS 2019 modCr - это анкета для пациентов, состоящая из двух разделов. Первый раздел содержит два вопроса о симптомах усталости и нарушении сна за прошедшую неделю, каждый из которых оценивается в числовом формате от 0 (нет проблем) до 10 (выраженные проблемы). Баллы суммируются, максимальный балл равен 20.

Второй раздел содержит шкалу оценки боли в 19 участках тела. Пациент указывает, в каких участках тела у него или нее была боль на прошлой неделе. Количество отдельных участков тела, в которых была боль, суммируется (максимальное количество баллов- 19).

Итоговая оценка варьируется от 0 до 39. Если пациент набрал 20 и более баллов, то с высокой вероятностью ему может быть выставлен диагноз ФМ [83].

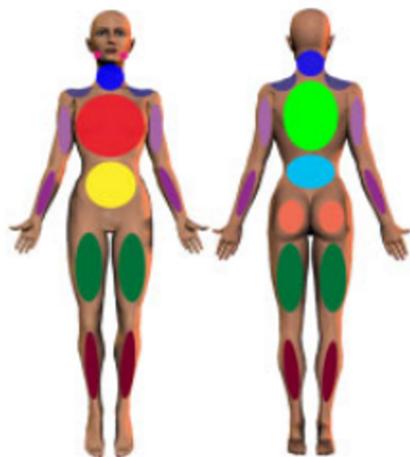
**Оцените, пожалуйста, степень Вашей усталости:**

Нет усталости      ○○○○○○○○○○○○      Чрезвычайная усталость  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Оцените, пожалуйста, качество Вашего сна:**

Проснулся отдохнувшим      ○○○○○○○○○○○○      Проснулся очень уставшим  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Пожалуйста, отметьте зоны, в которых Вы ощущали боль и/или напряжение в течение прошедшей недели:**



- Левое надплечье
- Правое надплечье
- Левое плечо
- Правое плечо
- Левое предплечье
- Правое предплечье
- Шея
- Живот
- Верхняя часть спины
- Нижняя часть спины
- Левая ягодичная область
- Правая ягодичная область
- Левое бедро
- Правое бедро
- Левая голень
- Правая голень
- Нижняя челюсть слева
- Нижняя челюсть справа
- Грудная клетка спереди

Всего \_\_\_\_\_/19

**Всего** \_\_\_\_\_/39

### Приложение Г3. Опросник для выявления фибромиалгии.

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

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

**Источники:** Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J; CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). Pain. 2010 Aug;150(2):250-256. doi: 10.1016/j.pain.2010.03.034

Насонова Т.И., Бахтадзе М.А., Мухаметзянова А.Х., Исайкин.А.И. Опросник для выявления фибромиалгии : лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2022. Т. 20, № 3. С. 16–20.[85,161].

**Тип** – опросник

**Назначение:** скрининговый опросник для выявления ФМ

**Пояснение:** Опросник для выявления фибромиалгии состоит из 6 утверждений, на каждое из которых можно дать утвердительный (да) или отрицательный (нет) ответ. При наличии 5 положительных ответов можно предположить наличие ФМ у пациента [161].

#### Опросник для выявления фибромиалгии.

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

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

	да	нет
У меня боли по всему телу.		
Мои боли сопровождаются постоянным и очень неприятным ощущением общей слабости.		
Мои боли могут быть жгучими; или похожими на удар тока; или как ощущение спазма или судороги.		

<p>Мои боли могут сопровождаться другими неприятными ощущениями в различных частях моего тела – покалыванием, как иголками; ползанием мурашек или онемением.</p>		
<p>Мои боли сопровождаются другими проблемами со здоровьем – нарушением пищеварения, мочеиспускания, головными болями или неприятными ощущениями в ногах.</p>		
<p>Мои боли существенно влияют на мою жизнь, особенно – на мой сон и способность к концентрации, заставляя меня чувствовать, что я в общем становлюсь медлительным.</p>		

## Приложение Г4. Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии

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

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

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

Насонова Т.И., Бахтадзе М.А., Мухаметзянова А.Х., Исайкин.А.И. Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии: лингвистическая адаптация русскоязычной версии // *Российский журнал боли.* 2023. Т. 21(1). С. 47-51 [162,163].

**Тип** – опросник

**Назначение:** оценка интенсивности симптомов ФМ и их влияния на качество жизни пациентов

**Пояснение:** Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии имеет 3 части (функционирование, общее воздействие ФМ и симптомы ФМ). Максимальное количество баллов, которые можно набрать – 100 баллов. Для подсчета: Шаг 1. Суммируйте баллы по каждой из трех частей опросника (функционирование, общее воздействие ФМ и симптомы ФМ) из расчета: самый левый квадратик- 0 баллов, самый правый квадратик- 10- баллов Шаг 2. Разделите баллы 1-ой части на три (максимальное количество итоговых баллов  $90/3= 30$  баллов), количество баллов второй части оставьте неизменной (максимально- 20 баллов), разделите баллы 3-ей части на 2 (максимальное количество итоговых баллов  $100/2= 50$  баллов). Шаг 3. Сложите количество баллов, получившихся во всех частях. Состояние пациента в соответствии с баллами: ремиссия  $\leq 30$ , легкая степень тяжести  $>30$  и  $\leq 45$ , средней степени тяжести  $>46$  и  $\leq 65$  и высокой степени тяжести  $>65$  [83,163].

### Обновленный опросник для оценки влияния фибромиалгии

**Часть 1.** Инструкция. Для каждого из следующих девяти вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего указывает на то, как трудно Вам было выполнять каждое из следующих действий за последние 7 дней из-за фибромиалгии:

Расчесывать или укладывать волосы	Без труда	<input type="checkbox"/>	Очень трудно
Гулять непрерывно в течение 20 минут	Без труда	<input type="checkbox"/>	Очень трудно

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

**Часть 2.** Инструкция. Для каждого из следующих двух вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего описывает, какое влияние за последние 7 дней оказывала фибромиалгия на Вас:

Фибромиалгия мешала мне достигать цели в течение недели	Никогда	<input type="checkbox"/>	Всегда
Я был/а полностью подавлен/а симптомами фибромиалгии	Никогда	<input type="checkbox"/>	Всегда

**Часть 3.** Инструкция. Для каждого из следующих 10 вопросов отметьте один квадратик, который лучше всего показывает выраженность Ваших симптомов фибромиалгии за последние 7 дней.

Пожалуйста, оцените интенсивность Вашей боли	Нет боли	<input type="checkbox"/>	Невыносимая боль
Пожалуйста, оцените уровень Вашей энергии	Много энергии	<input type="checkbox"/>	Нет энергии
Пожалуйста, оцените, степень Вашей скованности	Нет скованности	<input type="checkbox"/>	Сильная скованность
Пожалуйста оцените качество Вашего сна	Просыпался отдохнувшим/ей	<input type="checkbox"/>	Просыпался очень уставший/ей

Пожалуйста, оцените уровень Вашей депрессии	Нет депрессии	<input type="checkbox"/>	Очень сильная депрессия
Пожалуйста, оцените уровень проблем с Вашей памятью	Хорошая память	<input type="checkbox"/>	Очень плохая память
Пожалуйста, оцените уровень Вашей тревоги	Нет тревоги	<input type="checkbox"/>	Очень сильная тревога
Пожалуйста, оцените степень Вашей чувствительности к прикосновению	Не чувствителен Не чувствительна	<input type="checkbox"/>	Очень чувствителен Очень чувствительна
Пожалуйста, оцените степень Вашей неустойчивости	Нет неустойчивости	<input type="checkbox"/>	Очень сильная неустойчивость
Пожалуйста, оцените степень Вашей чувствительности к громким звукам, яркому свету, запахам и холоду	Не чувствителен Не чувствительна	<input type="checkbox"/>	Очень чувствителен Очень чувствительна

## Приложение Г5. Опросник для оценки центральной сенситизации

**Название на русском языке:** Опросник для оценки центральной сенситизации

**Оригинальное название:** The Central Sensitization Inventory

**Источники:** Neblett R. The central sensitization inventory: A user's manual. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2018;23(2):e12123. <https://doi.org/10.1111/jabr.12123> ;

Бахтадзе М.А., Чурюканов М.В., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С., Проскуряков К.В. К.М.С. Опросник для оценки центральной сенситизации: лингвистическая адаптация русскоязычной версии // Российский журнал боли. 2020. Т. 18(4). С. 40-45. [87,164]

**Тип** – опросник

**Назначение:** оценка центральной гиперчувствительности (сенситизации)

**Пояснение:** Опросник состоит из двух частей. Первая часть (часть А) содержит 25 утверждений. Напротив каждого утверждения, описывающего одной короткой фразой то или иное болезненное состояние, расположены слова — наречия частоты (никогда, редко, иногда, часто, всегда). Прочитав утверждение, пациент должен отметить подходящее слово. Слова расположены в определенном порядке так, чтобы составить 5 балльную вербальную рейтинговую шкалу, где слову «никогда» соответствует 0 баллов, слову «всегда» — 4 балла. Каждому отмеченному пациентом слову присваивают соответствующий балл, затем баллы суммируют и определяют общий балл. Минимальное число баллов = 0, максимальное = 100. Для интерпретации полученных значений в баллах разработчик рекомендует следующие 5 интервалов: ЦС субклиническая (0—20 баллов); легкая (30—39); умеренная (40— 49); сильная (50—59); экстремальная (60—100). Вторая часть (часть Б) представляет собой перечень диагнозов, установленных (или не установленных) пациенту ранее. Этот перечень предназначен для врача; он не оценивается в баллах [87].

### ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ: ЧАСТЬ А

ФИО: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Обведите ответ, который на Ваш взгляд наиболее точно подходит к приведённым утверждениям.**

1. Я чувствую усталость и разбитость после ночного сна	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
2. Я чувствую болезненность и напряжение в мышцах	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
3. У меня бывают эпизоды, когда я ощущаю тревогу	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
4. Бывает, что я скрежещу зубами или крепко сжимаю челюсти	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
5. У меня бывает диарея и/или запоры	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
6. Я испытываю затруднения в повседневной деятельности и нуждаюсь в посторонней помощи	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
7. У меня повышенная чувствительность к яркому свету	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
8. При выполнении физической активности я очень быстро устаю	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
9. Я испытываю боль во всем теле	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
10. У меня бывают головные боли	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
11. Я испытываю дискомфорт и/или чувство жжения при мочеиспускании	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
12. Я плохо сплю	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
13. Мне сложно сконцентрироваться	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
14. У меня есть проблемы с кожей: она сухая, чешется, могут быть высыпания	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
15. Мои физические ощущения усиливаются на фоне стресса	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
16. Я чувствую себя расстроенным, подавленным	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
17. Я испытываю упадок сил	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
18. Я испытываю напряжение в мышцах шеи и плечевого пояса	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
19. Я испытываю болезненность в челюсти	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда

20. Некоторые запахи, например, запах духов, вызывают у меня головокружение и тошноту	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
21. У меня учащенное мочеиспускание	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
22. Я испытываю дискомфорт и чувство беспокойства в ногах, когда пытаюсь уснуть ночью	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
23. Мне трудно вспомнить некоторые вещи	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
24. В детстве у меня была травма	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
25. Я испытываю боль в области таза	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
					Всего =

**ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ: ЧАСТЬ В**

ФИО: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Устанавливали ли Вам врачи хотя бы один из нижеперечисленных диагнозов?**

**Проверьте каждую строку, соответствующую определенному диагнозу, и в случае, если он был установлен, укажите год постановки данного диагноза.**

НЕТ      ДА      ГОД УСТАНОВЛЕНИЯ

1. Синдром беспокойных ног			
2. Синдром хронической усталости			
3. Фибромиалгия			
4. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)			
5. Мигрень или головные боли напряжения			
6. Синдром раздраженного кишечника			
7. Синдром множественной химической гиперчувствительности			
8. Травма шеи (в т.ч. хлыстовая)			
9. Тревожное расстройство или			

панические атаки			
10. Депрессия			