

УДК-616.89

Д. Н. Сапон

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, г. Киев

Ключевые слова: психосоматика, боль, фибромиалгия, критерии диагностики, лечение

Актуальность проблемы. Хронические мышечные боли – частая и серьезная проблематика, с которой сталкиваются врачи различных специальностей – терапевты, неврологи, психиатры, нейрохирурги, ревматологи. Хронические боли подчас носят исключительно функциональный характер, при этом параллельно пациенты жалуются на боли желудочно-кишечного тракта, головную боль, изменения сна, ухудшение настроения и т. д. Длительное время в литературе можно было встретить описание функциональных мышечных болей с психосоматическими симптомокомплексами, как «миозит», «мышечный ревматизм», «вегетомиозит», «нейроостеофиброз» [1; 3; 14]. Как клинический синдром данное заболевание было описано в 1904 г. W.Govers, как фиброзит, впоследствии фибромиалгия (ФМ) [2]. В 50-60-е гг. ряд научных исследователей относили фибромиалгию к психосоматическому заболеванию [14].

ФМ – это комплексное расстройство с распространенной мышечно-скелетной болью, депрессией, нарушением сна, утренней скованностью, усталостью [2]. Для болезни характерно наличие болезненных участков – так называемых «болевых точек». В МКБ-10

фибромиалгия отнесена к разделу «неуточненный ревматизм» (М.79.0), но сами ревматологи не могут с точностью отнести данное заболевание к ревматическому, так как в проблеме ФМ имеется множество «белых пятен». Несмотря на широкий круг разнообразных исследований в данной области, а именно: клинических, электрофизиологических, биохимических исследований, не определены характерные клинко-патологические критерии [5; 7].

Отдельным вопросом является роль психопатологических отклонений в развитии и течении ФМ, что для ревматологов является также отдельно стоящей проблематикой. В источниках научной литературы можно найти указания на участие нейротрансмиттерных механизмов головного мозга в формировании данного заболевания [3; 5; 7; 9]. Наряду с этим имеется достаточно причин рассматривать ФМ в рамках психосоматической патологии, ведущие симптомы которой заключаются в высокой сопряженности с рядом психических феноменов, таких как депрессия, тревожность, астенизация организма, снижение внимания, рассеянность, головная боль, синкопы, изменение структуры комплекса

сон-бодрствование и т. д. Вышеперечисленные психические симптомы, а также многие другие представлены больше всего среди больных, страдающих ФМ, гораздо чаще чем у больных с другими заболеваниями, в частности ревматоидным артритом [4; 5; 7; 9; 10]. Среди всех форм хронических синдромов фибромиалгия является лидером по представленности депрессии, степени дезадаптации пациентов, страдающих этим заболеванием, т. е. по степени снижения качества их жизни. По данным статистики фибромиалгией страдает около 4% населения Украины, однако, несмотря на распространенность, диагноз «фибромиалгия» ставится крайне редко. Связано это с необычными проявлениями заболевания, недостаточной информированностью врачей, а также неполной диагностической картиной [3; 7; 9; 12]

Этиология и патогенез: при формировании хронической мышечной боли важным звеном является феномен центральной сенсibilизации. (ЦС) [8]. Характеризуется ЦС тем, что после долговременной периферической ноцицептивной стимуляции остается некоторый уровень возбуждения в центральных сенсорных нейронах заднего рога, что ведет к продолжению болевого ощущения без дальнейшей периферической патологии. Однако по мнению А. Б. Данилова, ХЦС может развиваться без периферического повреждения. Именно таким примером и есть фибромиалгия. Часто пациентов с фибромиалгией и неподтвержденной периферической патологией воспринимают как психопатологических личностей с конверсионной симптоматикой.

На сегодняшний день доказано [7], что боль при фибромиалгии возникает вследствие не периферического воспаления, а в результате нейродинамических нарушений в ЦНС, а также большого количества экзогенных воздействий в виде физических и психических факторов.

На сегодняшний день доказано [8], что большое влияние на выраженность болевого процесса имеет степень дистресса. Степень выраженности симптомов фибромиалгии напрямую зависят от многих психологических факторов, таких как структура личности, состояние аффективной и когнитивной сферы, а также от наличия функциональных нарушений (тошноты, головокружения, синдром раздраженного кишечника, головной боли), изменения структуры сна-бодрствования, что в целом отражается на общем снижении качества жизни и др. [5; 8; 9; 12].

При проведении функциональной диагностики (однофотонная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ЭЭГ с ВП и биологически-обратной связью), также было доказано, что ФМ является заболеванием с повышенной болевой чувствительностью [14; 15], а также стойким изменением процессов восприятия [13]. Кроме того, при исследовании крови у пациентов с ФМ наблюдается снижение серотонинергической и норадренергической активности [9]. В лечении таких пациентов применяется с успехом препараты, которые поднимают уровень серотонина и норадреналина, что является подтверждением выше приведенных данных [10; 14; 15].

Клиническая картина и диагностика. Симптомы ФМ разнообразны. В структуре заболевания большое место занимают психические нарушения: усталость, бессонница, депрессивные эпизоды, синдром «беспокойных ног», «утренняя скованность», нарушение памяти и внимания, тревожность, панические атаки, синкопальные состояния, гипервентиляционный синдром, раздражительность, плаксивость, астения и др.

В связи с многообразием клинической картины были разработаны методические рекомендации по диагностике ФМ – критерии American College of Rheumatology, 1990 г. (критерии ARC). Следует обратить внимание, что наряду с соматическими симптомами (болезненность, ригидность, физическая активность), эти критерии облигатно оценивают аффективную, когнитивную составляющие и функцию сна (табл. 2).

Вместе с тем, ведущим симптомом ФМ является хроническая боль. Боль при ФМ монотонная, имеет тенденцию к обострению при эмоциональных, психических и физических нагрузках. После состояния покоя, приеме ванны, массажа, тепла, отдыха, сна наступает улучшение общего состояния. Часто пациенты жалуются на постоянную боль в течение дня, без светлых промежутков. Психопатологические симптомы и боль являются главной причиной нетрудоспособности пациентов (около 15% пациентов не могут работать из-за постоянной, хронической, монотонной боли, а также сопутствующей психопатологической симптоматики).

Очень важным диагностическим критерием является наличие специфических чувствительных точек «tender points» (ТР), при пальпации которых пациент испытывает болевые ощущения. Количество точек может быть различным, до 70 точек у одного пациента.

Таблица 1

Факторы-триггеры фибромиалгии (модиф. И. П. Ребров, 1976)

Возможные факторы, запускающие развитие фибромиалгии
Периферические болевые синдромы (чаще плечевой пояс)
Инфекции (парвовирус, вирус Эпштейна-Барр, клещевой боррелиоз, Q-лихорадка)
Физическая травма (например, дорожно-транспортные происшествия)
Психическое напряжение/дистресс
Гормональные нарушения (гипотиреоз)
Медикаменты (чаще антибиотики)
Вакцины (осложнения вакцинации)

Таблиця 2

Фибромиалгия: критерии диагностики (1990 г.)

Диагностические критерии и клинические характеристики фибромиалгии (American College of Rheumatology, 1990)	
Критерий ACR	Определение
Анамнез диффузной боли (более 3 месяцев)	Боль считается диффузной, если она присутствует в 4 квадрантах тела (слева и справа, выше и ниже пояса). Должна присутствовать боль в осевом скелете (шейный отдел позвоночника, или передняя часть грудной клетки, или грудной отдел позвоночника, или поясница). Боль в плечах и ягодицах рассматривается как боль для каждой пораженной стороны. Радикулит расценивается как боль в нижней части тела
Боль в 11 из 18 болезненных точек при пальпации	Затылок: двусторонние, в области затылочных мышц
	Нижняя часть шеи: билатерально, спереди на уровне позвонков C5-C7
	Трапециевидные мышцы: билатерально, в средней части верхней границы
	Надостные мышцы: билатерально, над остью лопатки с медиального края
	Второе ребро: билатерально, в районе второго костно-хрящевого сустава немного латеральнее
	Латеральный надмыщелок плечевой кости: билатерально, 2 см дистальнее надмыщелков
	Ягодичные мышцы: билатерально, верхний наружный квадрант ягодиц
	Большой вертел: билатерально, ззади от вертлужного бугорка
Колено: билатерально, медиальная сторона коленного сустава	
Клинические симптомы	Описание со слов пациента
Повышенная утомляемость	Вялость, отсутствие мотивации; трудности при движении или физической нагрузке
Качество жизни	Влияние на способность составлять планы, достигать целей или выполнять задания
Общие функции	Снижение повседневной бытовой активности
Болезненность	Болезненность при касании
Сон	Плохо засыпает, поверхностный сон, вялое пробуждение
Нарушение когнитивных функций	Трудности концентрации внимания; заторможенность
Ригидность	Скованность по утрам
Депрессия/тревожность	Чувство усталости, разочарования, грусть

Важна корреляция между количеством ТР и выраженностью основных симптомов при ФМ. Пальпируемые болезненные точки при ФМ расположены четко симметрично друг другу в местах прикрепления мышц, а также сухожилий.

Однако также ведущими симптомами при ФМ являются психические нарушения, такие как тревожность, большая депрессия, нарушение когнитивных функций, повышенную утомляемость, нарушение сна, синдром «беспокойных ног», утреннюю скованность.

Таким образом, ФМ характеризуется сложными причинно-следственными взаимоотношениями боли и сопутствующих психопатологических нарушений, таких как нарушение сна, депрессия, постоянное чувство усталости, нарушение памяти, внимания, высокая степень тревожности и т. д., выше сказанное указывает на то, что ФМ необходимо относить к психосоматическому расстройству. В DSM-4 ФМ отнесена к числу психосоматических расстройств. Ряд исследований указывает

[4; 13; 15], что в более половины случаев депрессивные эпизоды, а также другие психопатологические изменения предшествовали появления симптомов ФМ. Причем, депрессии были представлены в виде маскированных, а также соматизированных вариантов. В подтверждение наличия значимой аффективной составляющей в ФМ говорит высокая степень эффективности лечения антидепрессантами [13–15].

К частым симптомам ФМ относятся также нарушения сна. Наиболее типичны жалобы на частые пробуждения, синдром «беспокойных ног», утро ощущение невыспанности по утрам, утренней скованности. При этом на ночном мониторинге ЭЭГ виден типичный паттерн «альфа-дельта сна» – резкое снижение амплитуды низкочастотных волн, которые характеризуют глубокие стадии медленноволнового сна, сочетание высокоамплитудного альфа-ритма на ЭЭГ с дельта-волнами. По данным исследований, такой паттерн часто наблюдается при депрессивных состояниях, что свидетельствует о

Дополнительные диагностические критерии ФМ (2010 г.)

Предварительные диагностические критерии	
У пациента, отвечающего диагностическим критериям ФМ, должны определяться 3 следующих признака:	Широко распространенный БИ >7 и общий счет по ШТС > 5 или БИ 3-6 и ШТС > 9
	Симптомы должны быть представлены на одном уровне по крайней мере в течение 3 мес.
	У пациента не должно быть другого расстройства, способного объяснить боль

близости этиопатогенетических механизмов этих психосоматических болезненных состояний: депрессии и ФМ [5; 7; 13; 14].

Сложность диагностики ФМ как отдельной нозологии состоит в том, что кроме тесной связи с различными психопатологическими состояниями существует также выраженный клинический полиморфизм. Очень часто у пациентов с ФМ присутствуют разнообразные синдромы, проявляющиеся алгическими, вегетативными хроническими, разнообразными психосоматическими состояниями, особенно часто проявляющихся на фоне длительного депрессивного расстройства различной степени тяжести [6; 8; 10; 12]. У пациентов с ФМ достоверно чаще, чем в общей популяции встречаются головная боль, синдром раздраженного кишечника, кардиалгии, миофасциальные боли, артралгии, туннельные невропатии, синдром Рейно и др. данные состояния, коморбидные для ФМ. Следует учитывать, что эти состояния частично маскируют ФМ, что дополнительно усложняет постановку правильного диагноза и определение оптимальной тактики терапии. Поэтому в 2010 году была проведена ревизия диагностических критериев ФМ, когда в дополнение к критериям ARS появились (табл. 3) градации количества симптомов, шкал болевого индекса и тяжести симптомов, а также критерий длительности и дифференциации с алгическими состояниями другого генеза [9; 10].

Согласно новым критериям в прежнем авторстве (автором критериев 1990г-Ф. Wolf), существенно расширился спектр соматических симптомов от 4 (утомляемость, нарушение сна, скованность и синдром раздраженной кишки) до 40 симптомов, было введено понятие шкала тяжести симптомов (ШТС). В новых критериях диагностическую значимость имеют не четко очерченные болезненные точки, а довольно широкие области болевой чувствительности, которые интегрированы в понятие болевого индекса (БИ) [12; 13].

Таким образом, в диагностику ФМ добавлены следующие процедуры. Для определения болевого индекса (БИ) пациенту предлагается указать в каких из 19 участков он испытывает боль (каждый участок=1) общее число колеблется от 0 до 19, а также в данном тесте применяется шкала тяжести симптомов (ШТС). Сумма тяжести трех признаков, таких как нарушение сна, утомляемость, когнитивные расстройства. Оценка колеблется от 0 до 12 баллов. Также пациенту предлагается оценить наличие следующих симптомов: мышечная

боль, синдром раздраженного кишечника, усталость, когнитивные расстройства, боли в животе, головная боль, нарушение сна, головокружение, депрессия, запор, нервозность, боль в грудной клетке, изменение зрения, сухость во рту и т. д. Всего оценивается 40 симптомов. Градация предложена следующая: 0 – «нет» симптомов, 1–5 «мало» количество симптомов, 5–10 «умеренное» количество симптомов, более 10 «большое число» количества симптомов. Суммарная оценка по ШТС с учетом соматической патологии колеблется от 0 до 12 баллов. Очень важным критерием в диагностике ФМ становится интенсивность болевого синдрома на протяжении трех и более месяцев [10].

Как и многие функциональные расстройства, ФМ требует исключить другие заболевания и патологические состояния организма. Для дифференциальной диагностики пациентам может быть рекомендовано дополнительное обследование: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ночное мониторирование, вызванные потенциалы (ВП) с обратной биологической связью, холтер-ЭЭГ, электромиография, патопсихологическая психодиагностика, а также общий анализ крови, гормоны щитовидной железы, ревматоидные пробы, антитела к вирусам и т. д. [12; 14; 15] В целом, на сегодняшний день, по мнению многих экспертов, формирование диагностических критериев в постановке диагноза ФМ нельзя назвать завершенным.

Лечение. В терапии ФМ с успехом применяются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения. При лечении ФМ эффективностью обладают следующие немедикаментозные методы – психотерапия (когнитивно-бихевиоральная, аналитическая, телесно-ориентированная) и физическая активность. На фоне проведения двух методов отмечалось стойкое улучшение состояния пациентов с ФМ.

Из медикаментозных схем терапии наиболее эффективными при лечении ФМ являются антидепрессанты. Данные медикаментозные препараты не только купируют боль, но и снижают утомляемость пациентов, а также укрепляют сон. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, например венлафаксин, милнаципрам являются препаратами выбора при лечении ФМ. Эффективность и хорошая переносимость которых также говорит об успешном применении (ИОЗ-СН). Анализ результатов применения антидепрессантов показал, что последние существенно снижают интенсивность боли при ФМ, а также уменьшают депрессивные

состояния, утомляемость, восстанавливают структуру сна-бодрствования и повышают качество жизни, что еще раз подтверждает тесную связь ФМ с психосоматическими состояниями [15; 16; 18; 19].

Также для лечения ФМ с успехом применяются антиконвульсанты, которые в свою очередь снижают болевой синдром, улучшают общее самочувствие [15; 18; 19]. Антиконвульсанты необходимо включать в схему лечения ФМ особенно тогда, когда на ЭЭГ у пациентов выявлена эпилептиформная активность в виде острых высокоамплитудных волн, комплексов деформированных, спайков, полиспайков, так как данная активность может усиливаться при приеме антидепрессантов. Для того чтоб судорожная готовность мозга не привела к эписиндрому применяются антиконвульсанты. С другой стороны антиконвульсанты эффективно снимают болевой синдром, что также является крайне важным при терапии ФМ. По Кокрановскому обзору габапентин и прегабалин обладают хорошим качеством доказательства эффективности в отношении редукции боли при фибромиалгии. Количество пациентов, которых необходимо пролечить этими препаратами для достижения одного дополнительного случая редукции боли на $\geq 50\%$ в сравнении с плацебо (number needed to treat), находилось в пределах 4–10. Как отмечают исследователи, несмотря на то, что снижение интенсивности боли на $\geq 50\%$ при указанном лечении можно достичь у небольшого числа пациентов, такая редукция боли связана со значительным улучшением качества жизни пациента [12; 13; 16; 18; 19]. В лечение ФМ включают также препараты бензодиазепинового ряда, местные анестетики, анальгетики центрального действия [14–19]. Примером терапии ФМ может служить Центр исследования фибромиалгии (Fibromyalgia Evaluation and Research Center) (США, Вашингтон). По мнению руководителя исследования доктора медицины Брайана Валлита (Brian Walitt), боль при фибромиалгии является продуктом ошибочной интерпретации головным мозгом воспринимаемых внешних стимулов. В связи с этим применение средств, направленных на нормализацию работы нейронов головного мозга, может способствовать снижению интенсивности боли при этом заболевании. Как показано в исследовании, для достижения этой цели можно с успехом применять аэробные физические упражнения [13].

Исходя из вышесказанного можно сделать заключение, что медикаментозная и поведенческая терапия должна быть направлена на снижение болевого синдрома, ухода от болевого поведения, коррекции сна, профилактики центральной сенситизации, лечение сопутствующей патологии, в частности психосоматических патологических состояний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Пациентка М. 1976 г. р. (жен) обратилась с целью уточнения диагноза и коррекции терапии.

Диагноз при поступлении: Хронический болевой синдром. Астено-невротический синдром средней степени тяжести.

Диагноз клинический: Фибромиалгия.

Жалобы на постоянные боли в мышцах, головную боль, рези в животе, нарушение сна, аппетита, снижение настроения, частое головокружение, раздражительность, постоянную тревогу и чувство усталости. Два месяца принимает габапентин, магне-В6, валокордин, настойку пиона без улучшения.

Рост – 1,64 см, вес – 55,4 кг. Не курит, алкоголь не употребляет.

Анамнез. Мать страдала мигренеподобными болями до 47 лет. Отец развелся с матерью, когда пациентке было 12 лет (очень тяжело переживала данную ситуацию: была повышенная тревога, стала хуже учиться, на протяжении месяца мать отмечала изменение сна и аппетита. После санаторно-курортного лечения отмечалось улучшение состояния – редукция тревоги, нормализация аппетита и сна).

Первое замужество и беременность в 24 года. На втором месяце беременности был самопроизвольный аборт, который М. переживала тяжело (тревожность, инсомния, гипофагия, снижение веса на 5 кг за 2 месяца). Присоединились утренняя скованность, раздражительность, упадок сил и боли различной локализации (четыре месяца). Лечилась у невролога (валерианна, пустырник, боярышник, «какой-то антидепрессант») с улучшением через 2 месяца. Однако сохранилась резидуальная симптоматика быстрой утомляемости, пониженной стрессоустойчивости и периодической головной и абдоминальной боли.

Ухудшение состояния после круиза на теплоходе, когда испытывала частую тошноту, нарушения ночного сна с подергиваниями ног, утреннюю скованность, тремор рук; появились также постоянная боль, усиливавшаяся при изменении погоды. После круиза присоединились чувство удушья, приступы страха, дважды были кратковременные синкопальные состояния. При повторном обращении к неврологу пальпаторно болезненность симметричных участков верхних квадрантов ягодиц, коленных суставов, трапецевидных мышц, контрольные участки не болезненны. Диагноз: Хронический болевой синдром. Астено-невротический синдром средней степени тяжести.

Психический статус. Контактна, ориентирована все-сторонне верно. Без обманов восприятия и психопатологической продукции. Мышление конкретно-образное, без патологии. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Память не изменена, активное внимание легко рассеивается. Эмоционально лабильна, фиксирована на болезненных ощущениях и переживаниях. Раздражительна, плаксива. Тревожна, с кратковременными эпизодами паники. Без суицидальных тенденций. Поведенчески упорядочена. Критика сохранена.

Психологический статус. По шкале ФМ 2010 г. БИ – 66., ШТС – 106., симптомы представлены на протяжении трех последних месяцев, по проведенным исследованиям не были найдены другие изменения, которые объяснили бы хронический болевой синдром. По шкале

Питтсбургского опросника качества сна - 16 баллов, что свидетельствует о серьезном нарушении структуры сна. По шкале тревоги Кови - 7 баллов, по шкале депрессии Раскина - 9 баллов, что говорит о преобладании депрессивного компонента над тревожным в структуре заболевания пациентки. По шкале качества жизни (SF-36) отмечено снижение общего физического, социального функционирования, жизненной активности, составляющей эмоционального состояния и психического здоровья на фоне высокого рейтинга интенсивности боли.

Дополнительное исследование. При проведении ЭЭГ - ночного мониторинга выявлено резкое снижение мощности низкочастотных колебаний, характеризующих глубокие стадии медленноволнового сна, сочетание дельта-волн и высокоамплитудного заостренного альфа-ритма. МРТ, электронейромиография, доплерография сосудов шеи и головного мозга - без патологических изменений. При исследовании общего анализа крови, СРБ, гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона, ревматоидного фактора, антител к нативной ДНК, антител к вирусам, креатинфосфокиназы - также не выявлено патологических изменений.

Лечение. Фармакологическая терапия: венлафаксин в дозировке 75 мг в сутки, гидроксизин - 50 мг в сутки, прегабалин - 300 мг в сутки. Из немедикаментозных методов - телесно-ориентированная психотерапия - 3 раза в неделю, когнитивно-бихевиоральная терапия - 2 раза в неделю, занятия спортом 2-3 раза в неделю, плавание, пешие прогулки.

Через две недели терапии улучшение состояния в виде редукции болевого синдрома, инсомнии, гипофагии и диспное. В последующие 2 недели - улучшилось настроение и увеличилась физическая активность; пациентка была выписана домой со стойкой положительной динамикой.

Заключение: При диагностике и лечении ФМ нередко возникают сложности, поэтому клиницистам необходимо досконально изучать истории болезни пациента, семейный анамнез, пристальное внимание уделять при этом необходимо психопатологическим изменениям (изменениям настроения в сторону депрессивного фона, случаям расстройств сна, поведения, тревожных расстройств, интроверсии, характерологическим особенностям личности). Проведение различных диагностических методов могут помочь в проведении дифференциальной диагностики ФМ и других схожих между собой синдромов.

Отдельные психопатологические феномены (тревога, депрессия, инсомния) при ФМ распространены очень широко, они в свою очередь негативно влияют на течение заболевания, поэтому при выборе тактики лечения внимание следует уделить фармакологическим и нефармакологическим методам, которые помогут в оптимизации ведения пациентов с ФМ. В терапии ФМ ведущим звеном является применение антидепрессантов, рекомендовано телесно-ориентированная, поведенческая психотерапия, так как ведущую часть симптомов при ФМ занимают именно психические нарушения. В

лечении ФМ необходим комплексный мультимодальный подход, который будет включать в себя как фармакологические, так и немедикаментозные методы терапии.

Литература:

1. Данилов А. Б. Фибромиалгия // *Новые возможности терапии*. // РМЖ. - 2010. - №18 - 16. - С. 998-1003.
2. Пайл К., Кеннеди Л. Диагностика и лечение в ревматологии: // *Проблемный подход*. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - С. 45-51
3. Порошин А. В /Значение гипомagneзиемии в патогенезе болевых и психовегетативных нарушений при первичной фибромиалгии // *Дис, ... к. мед. н. Волгоград, 2008.* - С. 139.
4. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии // *Автореф. дис, к. мед. н. Волгоград, 2005.* - С. 22
5. Чичасова Н. В., Насонов Е. Л., Изюкина Е. В. Первичная фибромиалгия: клинические проявления, диагностика, лечение. // *Тер. Арх.* - 1994. - №11. - С. 89-93.
6. Табеева Г. П. Фибромиалгия // *Consillium medicum.* - 2000. - №2(12). - С. 506
7. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical (presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment // *J. Rheumatol.* - 2005. - Vol. 32, suppl. 75. - P. 6-21.
8. Smythe H. A., Moldofsky H. Two contributions to understanding of the «fibrositis» syndrome // *Bull. Rheum. Dis.* - 1977. - Vol.28: 928-931.
9. Wolfe F., Smythe H. A., Yunus M. B. et al. The American College of Rheumatology. 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee // *Arthritis Rheum.* 1990; №33(2) - P. 160-172.
10. Jones K. D., Adams D., Winters-Stone K. et al. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988-2005) // *Health Qual Life Outcomes.* - 2006; - 4: - P. 67-73.
11. Hauser W., Bernardy K., Uceyler N. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a metaanalysis // *JAMA.* - 2009; - 301 (2): P. 198-209.
12. Zijlstra T. R., Barendregt P. J., van de Laar M. A. Venlafaxine in fibromyalgia: results of a randomized, placebocontrolled, double-blind trial [abstract] // *Arthritis Rheum.* - 2002 - P. 105.
13. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses // *Clin Exp Rheumatol.* - 2005; - Vol. 23 - P.154-16-21
14. Arnold L. M., Rosen A., Pritchett Y. L. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder // *Pain.* - 2005; 119 (1-3) - P.5-15.
15. Choy E. H. S., Mease P. J., Kajdasz D. K. et al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials // *Clin. Rheumatol.* 2009; Vol.28.- (9) - P.1035-1044.
16. Vitton O., Gendreau M., Gendreau J. et al. A double-blind placebo-controlled trial of milnacipran in the treatment of fibromyalgia // *Hum. Psychopharmacol.* - 2004. - 19 Suppl. 1. - S. 27-35.
17. Mease P. J., Clauw D. J., Gendreau R. M. et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J. Rheumatol.* - 2009. - Vol. 36 (2)/ - P. 398-409.
18. Crofford L. J., Rowbotham M. C., Mease P. J. et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Arthritis Rheum.* - 2005. - Vol. 52 (4). -P. 1264-1273.
19. Wiffen P. J., Derry S., Moore R. A. et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* - 2013. - 11: CD010567

ПРОБЛЕМИ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРОМІАЛГІЄЮ

Д. Н. САПОН

У статті описуються головні проблеми, з котрими стикаються лікарі різних спеціальностей при діагностиці та визначенні діагнозу фіброміалгії.

Визначені механізми формування даного захворювання. Представлені критерії діагностики. Описується тісний зв'язок фіброміалгії з коморбідними психосоматичними станами. Визначені головні принципи побудови різнобічного поетапного лікування фіброміалгії.

Ключові слова: психосоматика, біль, фіброміалгія, критерії діагностики, лікування

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

D. N. SAPON

In the article main problems are described into which the doctors of different specialities run at diagnostics and raising of diagnosis - fibromyalgia. The mechanisms of forming of this disease are marked. The criteria of diagnostics are presented. Close connection of fibromyalgia with comorbidity psychosomatic states is described. Main principles of construction of scalene stage-by-stage treatment of fibromyalgia are marked.

Keywords: psychosomatic, pain, fibromyalgia, criteria of diagnostics, treatment