

Фибромиалгия: клиническая картина и варианты заболевания

Теплякова О.В., Попов А.А., Волкова Л.И., Сарапулова А.В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург
Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3

Фибромиалгия (ФМ) — состояние, характеризующееся синдромом генерализованной боли, а также наличием усталости, когнитивных нарушений, аффективных и множественных соматических симптомов. Болевой синдром может иметь национальные, этнические, гендерные и возрастные особенности.

Цель исследования — оценить особенности течения ФМ в крупном промышленном центре Российской Федерации и представить ее фенотипические варианты.

Пациенты и методы. В исследование включено 92 пациента (8 мужчин, 84 женщины) с ФМ в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст 50,5 года). Диагноз устанавливали согласно критериям ACR 2016 г. Учитывали также данные о давности заболевания, профессиональной занятости, наличии спортивных нагрузок, проводимой ранее терапии, выраженности боли, соматических симптомов из диагностических критериев ACR 2010 г. и общей оценке состояния здоровья больным. Все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии (HADS).

Результаты и обсуждение. Показано, что в клинической картине ФМ наиболее значимыми соматическими симптомами являлись мышечная боль и мышечная слабость, проявления синдрома раздраженной кишки и усталость, причем распространенность многих симптомов у лиц старше 60 лет была меньшей, чем у более молодых пациентов. Женский пол выступал дополнительным фактором риска усиления болевых ощущений и когнитивных нарушений. Наличие сопутствующей депрессии, верифицированной по HADS, ассоциировалось с существенным ухудшением клинических проявлений ФМ. В то же время протективными факторами в отношении ряда симптомов ФМ оказались профессиональная деятельность и занятия спортом. Выдвинута гипотеза о наличии нескольких фенотипов ФМ (тревожный, тревожно-депрессивный, эгоцентричный и сосудистый).

Заключение. Продемонстрированы особенности течения ФМ в крупном промышленном центре Российской Федерации и выделены различные фенотипы заболевания, что может быть полезным при определении тактики лечения пациентов.

Ключевые слова: фибромиалгия; боль; тревога; депрессия; усталость.

Контакты: Ольга Вячеславовна Теплякова; oteplyakova69@gmail.com

Для ссылки: Теплякова ОВ, Попов АА, Волкова ЛИ, Сарапулова АВ. Фибромиалгия: клиническая картина и варианты заболевания. Современная ревматология. 2020;14(2):45–51. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-45-51

Fibromyalgia: clinical presentation and variants of the disease

Teplyakova O.V., Popov A.A., Volkova L.I., Sarapulova A.V.

*Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg
3, Repin St., Yekaterinburg 620028, Russia*

Fibromyalgia (FM) is a condition characterized by generalized pain syndrome and by the presence of fatigue, cognitive impairment, affective and multiple somatic symptoms. Pain syndrome can have national, ethnic, gender, and age characteristics.

Objective: to evaluate the features of the course of FM in a large industrial center of the Russian Federation and to present its phenotypic options.

Patients and methods. The investigation enrolled 92 FM patients (8 men, 84 women) aged 18 to 86 years (mean age, 50.5 years). The diagnosis was established according to the 2016 ACR criteria. Account was taken of data on disease duration, occupation, sport training loads, previous therapy, pain intensity, and somatic symptoms according to the 2010 ACR diagnostic criteria and on general health assessment in the patients. All the patients completed the hospital anxiety and depression scale (HADS).

Results and discussion. The most significant somatic symptoms in the clinical picture of FM were shown to be muscle pain and muscle weakness, the manifestations of irritable bowel syndrome and fatigue; moreover, the prevalence of many symptoms in people over 60 years of age was lower than that in younger patients. Female gender was an additional risk factor for increases in pain and cognitive impairment. The presence of concomitant depression verified by HADS was associated with a substantial deterioration of the clinical manifestations of FM. At the same time, professional activities and sports were found to be protective factors against a number of symptoms of FM. It was hypothesized that there were several FM phenotypes (anxious, anxiety-depressive, egocentric, and vascular ones).

Conclusion. The authors have demonstrated the features of the course of FM in a large industrial center of the Russian Federation and identified various disease phenotypes, which can be useful for determining the treatment policy for patients.

Keywords: fibromyalgia; pain; anxiety; depression; fatigue.

Contact: Olga Vyacheslavovna Teplyakova; oteplyakova69@gmail.com

For reference: Teplyakova OV, Popov AA, Volkova LI, Sarapulova AV. Fibromyalgia: clinical presentations and variants of the disease. Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2020;14(2):45–51. DOI: 10/14412/1996-7012-2020-2-45-51

Фибромиалгия (ФМ) — распространенное заболевание, попадающее в поле зрения врача любой специальности. В среднем ФМ страдает 3,5–5% населения, однако на ревматологическом приеме доля таких пациентов может составлять до 14% [1]. Несмотря на значительную распространенность, диагноз ФМ устанавливается крайне редко. Причины этого лежат в недостаточной информированности специалистов о данной патологии и критериях ее диагностики, нацеленности врачей выявлять симптомы, соответствующие их узкой специализации, и не рассматривать пациента в целом, ограниченности времени амбулаторного приема.

Наиболее известные диагностические критерии ФМ 1990 г. включали генерализованную боль, длительностью не менее 3 мес, и болезненность не менее 11 из 18 стандартных точек [2]. В 2010 г. ACR (American College of Rheumatology) предложены обновленные критерии диагностики ФМ. При этом определение ФМ как преимущественно хронического болевого синдрома сменилось ее трактовкой как мульти-симптомного расстройства. Сохранилось требование более чем 3-месячной длительности болевого синдрома. Кроме того, требовалось подсчитать индекс распространенности боли (число областей тела из выделенных 19, в которых пациент испытывал боль в течение последней недели), а также оценить в баллах выраженность клинических проявлений (усталость, разбитость с отсутствием чувства отдыха после пробуждения), количество когнитивных нарушений — от 0 (отсутствие) до 3 (наличие тяжелых, постоянных, значимо влияющих на качество жизни симптомов) и количество соматических симптомов в целом (более 35). Таким образом, максимальное число баллов у пациента по шкале распространенности боли могло составить 19, а по шкале выраженности симптомов — 12. Предлагалось устанавливать диагноз ФМ в случае более чем 3-месячной продолжительности клинических проявлений при условии, что индекс распространенности боли достигал ≥ 7 баллов, а выраженность симптомов была ≥ 5 баллов или соответственно 3–6 и ≥ 9 бал-

лов. Важно, что, согласно критериям 2010 г., у пациента не должно быть других заболеваний, объясняющих болевые ощущения. Обновленные критерии 2010 г. способствовали повышению точности диагностики: их чувствительность составила 86%, а специфичность — 90% [3].

Критерии ACR вновь модифицированы уже в 2016 г. Добавлено обязательное условие — наличие синдрома генерализованной боли, определяемой теперь как боль по крайней мере в 4 из 5 регионов (правая и левая верхняя и нижняя конечности и туловище). Сохранилась прежняя ранговая оценка таких проявлений, как усталость, разбитость с отсутствием чувства отдыха после пробуждения, и когнитивных нарушений, а вместо количества соматических симптомов предлагалось оценивать наличие (1 балл) или отсутствие (0 баллов) головной боли, абдоминальной боли и депрессии. Максимальная сумма по шкале выраженности симптомов также осталась равной 12 баллам. Несколько увеличены пороговые значения для вынесения диагноза ФМ по данной шкале: теперь вместо 3–6 баллов (в редакции 2010 г.) требовалось 4–6 баллов. Крайне важным в критериях 2016 г. явилось замечание о том, что диагноз ФМ действителен независимо от других диагнозов и не исключает наличия других клинически важных заболеваний [4]. Таким образом, *впервые из современных критериев изъято исключение, касающееся заболеваний и прочих расстройств, которые могут в достаточной степени объяснить болевой синдром, т. е. исчезло разграничение между первичной ФМ и синдромом ФМ как проявлением других заболеваний.*

Отметим также, что любой болевой синдром имеет национальные, этнические, гендерные и возрастные особенности [5, 6]. Это диктует необходимость их исследования, в том числе и при изучении ФМ, в каждой отдельно взятой стране.

Цель исследования — оценить особенности течения ФМ в крупном промышленном центре Российской Федерации и представить ее фенотипические варианты.

Таблица 1. Выраженность основных симптомов у пациентов с ФМ в целом и с учетом возраста ($M \pm \sigma$)

Table 1. The intensity of main symptoms in FM patients at large and in terms of age ($M \pm \sigma$)

Симптом	Всего (n=92)	Группа больных		
		1-я (n=34)	2-я (n=34)	3-я (n=24)
Распространенность боли (0–19 баллов)	8,99 $\pm$ 3,47	9,63 $\pm$ 3,91	8,95 $\pm$ 3,13	9,64 $\pm$ 3,21
Усталость (0–3 балла)	2,29 $\pm$ 0,66	2,41 $\pm$ 0,57	2,20 $\pm$ 0,72	2,21 $\pm$ 0,67
Отсутствие чувства отдыха после сна (0–3 балла)	2,04 $\pm$ 0,75	2,07 $\pm$ 0,75	2,23 $\pm$ 0,77	2,21 $\pm$ 0,56
Когнитивные нарушения (0–3 балла)	1,40 $\pm$ 0,75	1,31 $\pm$ 0,52	1,64 $\pm$ 0,79	1,29 $\pm$ 0,86
Абдоминальная, головная боль и депрессия (0–3 балла)	1,54 $\pm$ 0,45	1,62 $\pm$ 0,50	1,59 $\pm$ 0,34	1,27 $\pm$ 0,29
Соматические симптомы в целом, из критериев ACR 2010 г. (0–3 балла)	2,41 $\pm$ 0,62	2,48 $\pm$ 0,58	2,48 $\pm$ 0,57	2,29 $\pm$ 0,41
Боль по ВАШ, мм: в покое при движении	32,86 $\pm$ 23,14 44,15 $\pm$ 23,79	38,04 $\pm$ 21,88 49,73 $\pm$ 16,37	41,38 $\pm$ 24,91 55,29 $\pm$ 21,03	38,08 $\pm$ 18,69 56,77 $\pm$ 20,40
Общее здоровье по ВАШ, мм	54,07 $\pm$ 15,87	54,46 $\pm$ 11,65	53,62 $\pm$ 18,78	54,0 $\pm$ 19,69
HADS (0–21 балл): тревога депрессия	10,48 $\pm$ 3,46 8,11 $\pm$ 3,28	11,74 $\pm$ 3,42* 8,11 $\pm$ 3,21*	9,27 $\pm$ 3,05 6,52 $\pm$ 2,71	9,79 $\pm$ 3,93 8,07 $\pm$ 3,65

Примечание. ВАШ — визуальная аналоговая шкала. * — значимые различия между пациентами 1-й и 2-й групп.

Note. VAS - visual analogue scale; * significant differences between Groups 1 and 2 patients.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Пациенты и методы. В исследование включено 92 пациента (8 мужчин, 84 женщины), страдающих ФМ и посещавших ревматолога. Средний возраст пациентов составил 50,5 года

(18–86 лет). Диагноз устанавливали согласно критериям ACR 2016 г. Опросник был расширен за счет данных анамнеза о давности заболевания, профессиональной занятости,

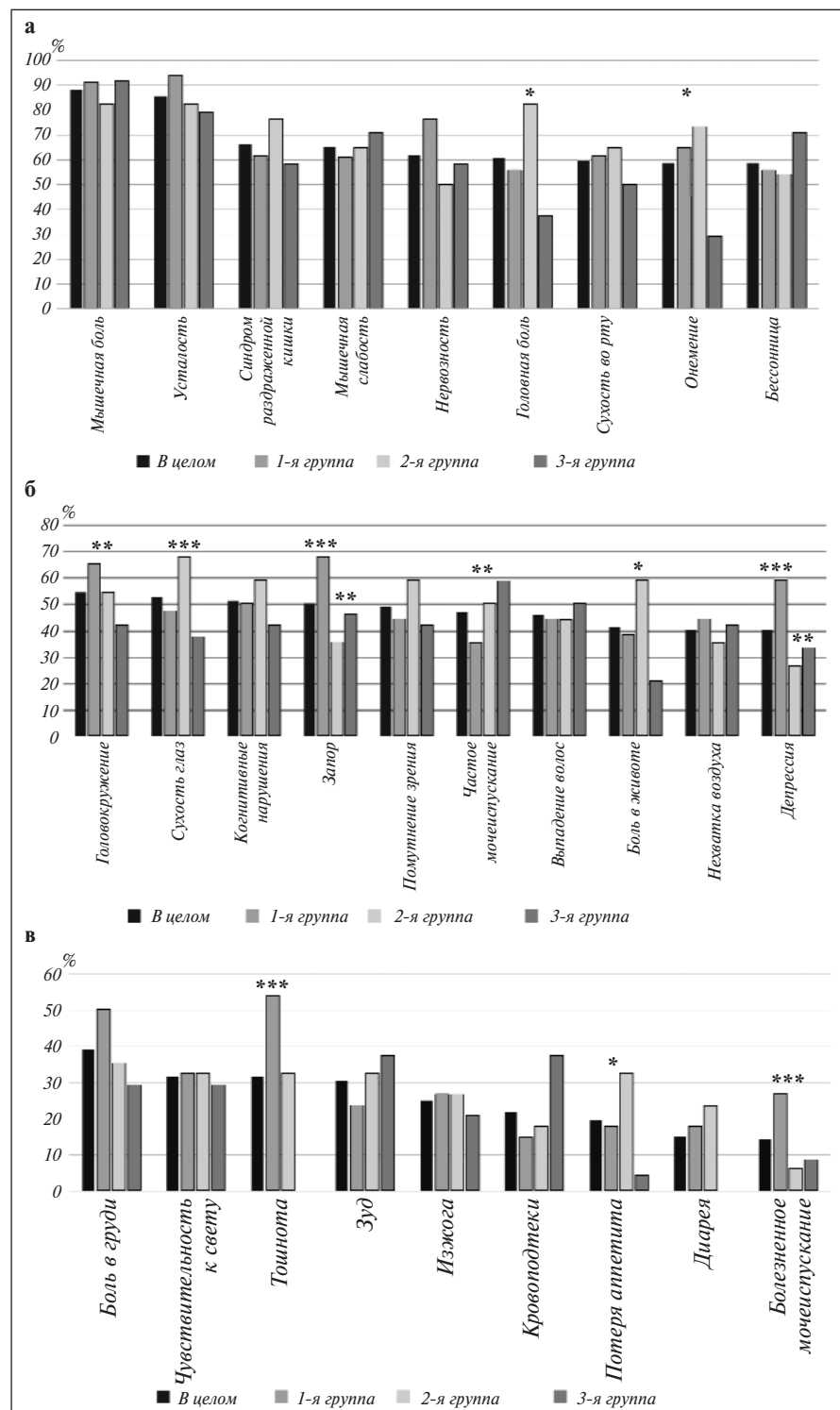
наличии спортивных нагрузок, проводимой ранее терапии, выраженности боли, а также перечня соматических симптомов, взятых из диагностических критериев ACR 2010 г., и общей оценки состояния здоровья больным. Кроме того, все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Перед включением в исследование все пациенты подписали информированное согласие на участие в нем.

Критериями исключения явились: наличие у пациента ревматоидного артрита, спондилоартрита, диффузных заболеваний соединительной ткани, гипотиреоза, хронологической связи появления симптомов с приемом ингибиторов редуктазы ГМГ-КоА (статинов), когнитивных нарушений или языкового барьера, препятствующего проведению опроса.

Результаты. На первом этапе исследования оценивали выраженность различных симптомов ФМ как в целом, так и с учетом возраста пациентов. Для этого в соответствии с классификацией ВОЗ было выделено три группы больных: 1) молодого возраста – от 25 до 44 лет ($n=34$); 2) среднего возраста – от 45 до 60 лет ($n=34$) и 3) пожилого и старческого возраста – 60 лет и старше ($n=24$). Существенных различий между пациентами разных возрастных групп не выявлено, за исключением большей степени тревожности и депрессии в группе моложе 45 лет (табл. 1).

Немаловажной представлялась оценка частоты симптомов, которые определяют клиническую картину ФМ. С этой целью пациентам предлагалось выбрать беспокоящие их соматические жалобы из перечня критериев ACR 2010 г. На рисунке продемонстрированы клинические проявления ФМ; симптомы, встречающиеся менее чем в 15% случаев (лихорадка, феномен Рейно, рвота, изменение вкуса, крапивница), на диаграммах не представлены.

Клинические проявления ФМ имели особенности в разных возрастных группах. Так, распространенность многих симптомов (головная боль, онемение, головокружение, сухость глаз, запор, боль в животе, депрессия,



Клинические проявления ФМ в целом и в разных возрастных группах (а–в). * – статистически значимые различия в частоте симптомов между 2-й и 3-й группами пациентов; ** – между 1-й и 3-й группами; *** – между 1-й и 2-й группами. Clinical manifestations of FM at large and in different age groups (a–c). * statistically significant differences in the frequency of symptoms between Groups 2 and 3 patients; ** between Groups 1 and 3; *** between Groups 1 and 2

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Таблица 2. Факторы, влияющие на клинические проявления ФМ ($M \pm \sigma$)
 Table 2. Factors influencing the clinical manifestations of FM ($M \pm \sigma$)

Фактор	Распростра- ненность боли	Усталость	Отсутствие чувства отдыха после сна	Когнитивные симптомы	Абдоми- нальная боль, головная боль и депрессия	Соматические симптомы (ACR-2010)	Общее здоровье
Мужчины, n=8 (1)	7,17±2,04	2,17±0,75	2,33±0,52	1,17±0,41	1,44±0,67	2,17±0,41	57,5±8,0
Женщины, n=84 (2)	9,63±4,44	2,31±0,75	2,14±0,91	1,45±0,73	1,60±0,47	2,46±0,63	53,8±21,2
p ₁₋₂	0,006	>0,05	>0,05	0,086	>0,05	0,083	>0,05
«Тревожные», n=40 (3)	9,0±3,20	1,95±0,59	1,80±0,95	1,18±0,82	1,44±0,27	2,10±0,72	43,4±15,8
«Тревожно-депрессивные», n=19 (4)	10,29±4,30	2,64±0,67	2,57±0,88	1,84±0,88	1,73±0,39	2,73±0,67	63,1±20,7
Отсутствие аффективных нарушений, n=33 (5)	8,27±2,89	2,1±0,79	1,87±0,89	0,97±0,77	1,38±0,43	2,33±0,49	50,7±24,4
p ₃₋₄	>0,05	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
p ₃₋₅	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
p ₄₋₅	0,028	0,01	0,004	<0,001	<0,001	0,01	0,05
Работающие, n=36 (6)	8,82±3,84	2,19±0,72	2,29±0,94	1,32±0,69	1,47±0,62	2,51±0,61	51,6±18,4
Неработающие, n=12 (7)	11,55±3,97	2,82±0,4	2,27±0,65	1,77±0,75	1,57±0,67	2,55±0,69	63,2±12,7
p ₆₋₇	0,042	<0,001	>0,05	0,076	>0,05	>0,05	0,02
Нормальный ИМТ, n=44 (8)	9,76±4,59	2,36±0,76	2,32±0,80	1,48±0,95	1,50±0,45	2,56±0,65	54,5±22,7
Избыточная масса тела и ожирение, n=48 (9)	9,21±4,12	2,23±0,74	1,96±0,89	1,44±0,81	1,57±0,54	2,41±0,62	51,9±14,7
p ₈₋₉	>0,05	>0,05	0,045	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Занимаются физкультурой, n=21 (10)	8,3±4,67	1,85±0,89	2,0±1,1	1,35±1,05	1,51±0,88	2,5±0,67	51,1±16,9
Избегают занятий физкультурой, n=71 (11)	10,57±4,52	2,38±0,68	2,19±0,85	1,43±0,85	1,57±0,66	2,42±0,59	54,7±20,9
p ₁₀₋₁₁	0,079	0,026	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание. ИМТ — индекс массы тела.

Note. BMI — body mass index.

тошнота, потеря аппетита и болезненное мочеиспускание) была ниже у лиц 3-й группы (старше 60 лет) по сравнению с более молодыми пациентами. Исключение составило только частое мочеиспускание, наблюдаемое в основном после 60 лет, что может быть обусловлено физиологическими причинами.

Согласно обновленным критериям ФМ 2016 г., в качестве наиболее значимых симптомов выделены всего три: головная боль, боль в нижней части живота и депрессия. Однако, по нашим данным, эти клинические проявления не были самыми распространенными. В целом их частота составила в трех группах 60,9; 41,3 и 40,2% соответственно. При этом в 3-й группе она оказалась ниже средней: соответственно всего 37,5; 20,8 и 33,3%. Возможно, что при валидации критериев ФМ потребуется учитывать этнические и языковые особенности восприятия пациентом соматических симптомов. Согласно критериям 2016 г., наличие или отсутствие депрессии предлагается оценивать самому пациенту, что, на наш взгляд, является методологически неверным, поскольку

депрессия имеет четко очерченные критерии диагностики, которые должны использоваться только врачом.

Следующим этапом исследования стала попытка выделить факторы, влияющие на выраженность клинических признаков ФМ. При сравнении симптомов у мужчин и женщин (табл. 2) оказалось, что последние указывают на большую распространенность боли и выраженность когнитивных и соматических расстройств, однако эти различия не были статистически значимыми, что может быть связано с малочисленностью группы мужчин.

С помощью опросника HADS выделено три подгруппы пациентов (табл. 2): с тревожными расстройствами (сумма баллов по соответствующей шкале ≥ 8), с тревожно-депрессивными нарушениями (сумма баллов по каждой шкале > 8) и с отсутствием аффективных расстройств (сумма баллов по каждой шкале < 7). У всех пациентов с депрессивными нарушениями присутствовали также тревожные расстройства, в то время как пациентов с изолированной депрессией без тревоги в нашей выборке не было.

Таблица 3. Особенности клинических проявлений у пациентов с различными фенотипами ФМ
Table 3. Clinical features in patients with different FM phenotypes

Признак	тревожный (n=37; 40,2%)	тревожно- депрессивный (n=16; 17,4%)	Фенотип эгоцентричный (n=21; 22,8%)	сосудистый (n=16; 17,4%)	другой (n=2; 2,2%)
Возраст, годы, М±σ	43,6±4,3	45,4±2,8	54,1±3,3	68,1±2,1	47,3±4,6
Тревога (0–21 балл), М±σ	10,56±2,4	11,37±4,85	4,87±1,94	7,74±2,87	4,5±0,58
Депрессия (0–21 балл), М±σ	4,18±1,81	11,76±3,72	3,43±2,5	6,09±3,02	3,0±2,16
Распространенность боли (0–19 балл), М±σ	7,65±5,98	10,88±4,23	14,77±4,45	13,84±5,1	12,25±3,3
Отказ от занятий спортом, n (%)	20 (54,1)	14 (87,5)	20 (95,2)	16 (100)	1 (50,0)

Мы наблюдали значимое нарастание выраженности симптомов ФМ в группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами по сравнению с больными с изолированной тревогой или без аффективных нарушений, в то время как последние две подгруппы существенно не различались между собой. Отметим, что балльная оценка выраженности ряда клинических симптомов в группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами была близка к максимальной: показатель усталости составил 2,64 балла (88,0% максимума), отсутствия чувства отдыха после сна — 2,57 балла (86,7%), соматических симптомов в целом — 2,73 балла (91,0%).

Интересной представляется связь между отсутствием профессиональной занятости и тяжестью ФМ, что может объясняться двумя патогенетическими механизмами. Так, выраженность болевых ощущений способна препятствовать выполнению трудовой деятельности, а социальная изоляция сама по себе может усиливать симптомы ФМ. При проведении данного этапа исследования (см. табл. 2) нами были исключены 44 пациента, находившихся на пенсии по возрасту. При сравнении оставшихся небольших групп пациентов с ФМ прослеживались достоверные закономерности в виде большей распространенности боли, усталости, когнитивной дисфункции и низких показателей общего здоровья у неработающих. Однако, по нашему мнению, у части пациентов с ФМ отсутствие профессиональной занятости может быть связано и с тем, что болезнь являлась для них средством получения дополнительной выгоды в виде привлечения к себе внимания близких, их заботы и возможности вести иждивенческий образ жизни.

При сравнении подгрупп по клиническим проявлениям ФМ с учетом ИМТ мы не выявили существенных различий по большинству показателей, кроме отсутствия чувства отдыха после сна, при этом избыточная масса тела и ожирение ассоциировались с большей вероятностью ощущения полноценного ночного отдыха. Сравнение данных двух подгрупп по шкалам тревоги и депрессии показало, что выраженность тревоги у лиц с нормальной массой тела была существенно выше, чем у лиц с повышенным ИМТ (11,22±3,22 и 9,79±3,62 балла соответственно; $p=0,049$), в то же время показатели по шкале «депрессия» в этих подгруппах существенно не различались (7,40±3,74 и 7,05±3,62 балла соответственно).

Известно, что физические нагрузки способствуют антиноцицептивной активности и рекомендованы при ФМ. Однако доля лиц, занимающихся теми или иными видами

спорта или лечебной физкультурой, оказалась катастрофически мала — всего 22,8%. Действительно, показатели распространенности боли в этой подгруппе имели четкую тенденцию к снижению, как и показатели проявлений усталости, которые были ниже у лиц, приверженных физической активности (см. табл. 2). Остальные клинические симптомы ФМ не имели значимых различий. Физическая активность снижала вероятность развития депрессивных нарушений: выраженность изменений по шкале «депрессия» в подгруппах физически активных и пассивных пациентов составила соответственно 5,85±2,89 и 7,87±3,98 балла ($p=0,02$). В то же время значимых различий по шкале «тревога» не выявлено: 9,89±4,26 и 10,57±4,52 балла соответственно.

Обращала на себя внимание неоднородность группы пациентов с ФМ. Для оценки особенностей течения ФМ в разных группах мы попытались выделить ее основные фенотипы (табл. 3). Так, к сосудистому фенотипу были отнесены пациенты с наличием в анамнезе цереброваскулярной патологии (дисциркуляторная энцефалопатия III стадии). Данный фенотип выделяли на основании клинико-анамнестических данных, при этом не исключалось наличие аффективных нарушений, в связи с чем часть пациентов с высокими показателями по HADS была отнесена к этой подгруппе.

Другим вариантом явился эгоцентрический фенотип, для которого типичными были поиск выгоды в связи с болезнью (чаще — внимания со стороны близких), демонстративный характер переживаний с целью вызвать сочувствие и завладеть вниманием врача, многословность, желание подчеркнуть свою исключительность в отношении болезни и особое действие лекарств.

Отмечен определенный субъективизм критериев ФМ. Так, ведущим симптомом ФМ является боль, которая, по определению Международной ассоциации по изучению боли, «всегда субъективна». Однако в нашем исследовании такие пациенты по предъявляемым жалобам и спектру соматических расстройств полностью соответствовали критериям 2016 г. У оставшихся пациентов, с учетом результатов опроса по HADS, определены тревожный и тревожно-депрессивный фенотипы ФМ. Два пациента не соответствовали ни одному из перечисленных вариантов.

По нашим наблюдениям, тревожный фенотип был самым частым и характеризовался меньшей распространенностью боли, эти пациенты выражали готовность к продуктивному контакту с врачом (восприятие заболевания и выполнение рекомендаций, в том числе и по немедикаментоз-

ному лечению, в частности физической активности). Пациенты с тревожно-депрессивным фенотипом ФМ характеризовались большей распространенностью боли, вялостью и частым отказом от занятий физкультурой из-за слабости и астении. Всем пациентам данной группы впоследствии были назначены антидепрессанты.

Обсуждение. Настоящее исследование позволило продемонстрировать особенности течения ФМ в крупном промышленном центре Российской Федерации. Так, наиболее распространенными соматическими симптомами оказались мышечная боль и мышечная слабость, проявления синдрома раздраженной кишки, усталость и нервозность. В то же время такие симптомы, как головная боль, боль в нижней части живота и депрессия, которые оцениваются в современных критериях ФМ, не были столь значимыми в российской когорте пациентов. Более того, термин «депрессия» может по-разному трактоваться пациентом (что заложено в опросник ФМ 2016 г.) и врачом. Все это диктует необходимость валидации критериев 2016 г. для Российской Федерации.

При оценке возрастных особенностей заболевания оказалось, что в целом ряд клинических проявлений ФМ (распространенность боли, когнитивные симптомы, чувство усталости) существенно не зависят от возраста, а отдельные соматические симптомы, напротив, имеют значимые возрастные особенности.

При оценке других факторов риска выявлено, что женский пол выступает дополнительным фактором усиления боли и когнитивных нарушений. Наличие сопутствующего верифицированного депрессивного расстройства (по HADS) ассоциируется с существенным ухудшением клинических проявлений ФМ. В то же время протективными факторами в отношении ряда симптомов ФМ оказались профессиональная деятельность и занятия спортом. Кроме того, избыточная масса тела и ожирение ассоциировались с более полноценным ощущением отдыха после ночного сна.

ФМ — гетерогенная патология с различными патогенетическими механизмами, которая может не только являться самостоятельным заболеванием, но и возникать на фоне уже существующих соматических проблем. Ранее использовались термины «первичная» и «вторичная» ФМ, однако из критериев 2016 г. изъято положение о том, что для диагно-

стики ФМ необходимо исключение заболеваний, способных вызывать боль. Таким образом, подтверждается возможность сосуществования нескольких состояний, которые могут провоцировать болевой синдром. Указаний на «первичность» или «вторичность» боли и разницу в диагностике ФМ в современных критериях не существует.

В нашем исследовании был сделан вывод о наличии нескольких фенотипов ФМ, обозначенных нами как «тревожный», «тревожно-депрессивный», «эгоцентричный» и «сосудистый». Очевидно, что механизмы, приводящие к формированию генерализованного болевого синдрома в этих группах, различны. Например, каждый 4-й пациент с ФМ, пришедший на амбулаторный прием, соответствовал эгоцентрическому фенотипу. Такие пациенты не имели аффективных расстройств в виде тревоги и/или депрессии и отличались максимальной распространенностью боли при отсутствии демонстрации болевого страдания. Они активно сопротивлялись медикаментозному лечению и категорически отказывались от физической активности.

У пациентов с сосудистым фенотипом ФМ, наоборот, отмечалась высокая распространенность боли, а показатели депрессии и тревоги незначительно отклонялись от нормы. Эти пациенты были старше, и предполагаемыми механизмами боли у них являлись нарушение кровоснабжения центров — анализаторов боли на уровне головного мозга, наличие нейромедиаторного дефицита, дисфункции вегетативной регуляции с нарушением лимбической системы, меняющей эмоциональное восприятие.

Заключение. Настоящее исследование позволило выявить клинические особенности течения ФМ, а также факторы, влияющие на тяжесть симптомов (пол, возраст, профессиональная занятость).

Крайне интересным представляется выделение фенотипов ФМ с различными проявлениями. Следует ли в соответствии с современными критериями ФМ относить данные фенотипы к одному заболеванию или считать их проявлениями основного (соматического) заболевания? Этот вопрос требует дальнейшего обсуждения. Тем не менее с учетом возможных различий в патогенезе ФМ в данных группах можно полагать, что и подходы к терапии этих фенотипов должны различаться.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, et al. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010 Jun;39(6):448-53. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003. Epub 2009 Feb 27.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb;33(2):160-72.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10. doi: 10.1002/acr.20140
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Epub 2016 Aug 30.
5. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Racial/Ethnic and gender prevalences in reported common pains in a national sample. *J Orofac Pain*. 2011 Winter;25(1):25-31.
6. Jacobson SA, Simpson RG, Lubahn C, et al. Characterization of fibromyalgia symptoms in patients 55–95 years old: a longitudinal study showing symptom persistence with suboptimal treatment. *Aging Clin Exp Res*. 2015 Feb;27(1):75-82. doi: 10.1007/s40520-014-0238-7. Epub 2014 May 25.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
23.12.2019/20.02.2020/25.02.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Теплякова О.В. <https://orcid.org/0000-0003-2114-0419>

Попов А.А. <https://orcid.org/0000-0001-6216-2468>

Волкова Л.И. <https://orcid.org/0000-0002-2478-727X>

Сарапулова А.В. <https://orcid.org/0000-0002-3616-2365>