

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФИБРОМИАЛГИИ

^{1,2}Шишкина Е. С. ORCID ID 0000-0002-6198-1151,

¹Шерман М. А. ORCID ID 0000-0001-5740-1022,

³Каракулова Ю. В. ORCID ID 0000-0002-7536-2060

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Российская Федерация, e-mail: lena-stem@mail.ru;

²Медицинский ревматологический центр, Киров, Российская Федерация;

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Российская Федерация

Хронический болевой синдром в 20-40% случае сопровождается депрессией и тревогой. Встречаемость этих нарушений самая высокая среди пациентов с фибромиалгией. Цель исследования: сравнить выраженность проявлений тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с фибромиалгией и хронической неспецифической болью в спине. Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 63 пациента с хроническим болевым синдромом, 36 из которых имели диагноз фибромиалгия, и 27 пациентов со скелетно-мышечной болью. Для оценки боли использовалась числовая рейтинговая шкала и опросник Pain detect. Оценка выраженности тревоги и депрессии проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) и опросника оценки здоровья пациентов (Patient Health Questionnaire-9). Для оценки качества сна использовался Питтсбургский опросник (Pittsburgh Sleep Quality Index). Результаты и обсуждения: диагноз фибромиалгия был установлен впервые всем пациентам, при этом длительность симптомов до обращения составила 5,1±4,9 года. Интенсивность боли при первичном осмотре у пациентов с фибромиалгией соответствовала средним значениям и была выше, чем у пациентов с неспецифической болью. Пациенты с фибромиалгией имели значимо более высокие уровни тревоги и депрессии ($p < 0,01$) и нарушения качества сна. Нейропатический компонент боли у пациентов с фибромиалгией по опроснику Pain Detect был более выражен. У пациентов с первичной хронической болью наблюдалась статистически значимая положительная корреляция тревожных и депрессивных расстройств, интенсивности боли и нарушения сна. Заключение. При первичной хронической боли у пациентов наблюдается более высокий уровень тревоги и депрессии, которые являются облигатными и входят в диагностические критерии такого заболевания, как фибромиалгия.

Ключевые слова: фибромиалгия, хронический болевой синдром, скелетно-мышечная боль, тревога, депрессия, нарушения сна.

Благодарности: авторы выражают благодарность директору ООО «Медицинский ревматологический центр» г. Киров Троегубову Владимиру Ивановичу и врачу-ревматологу Троегубовой Ларисе Александровне.

CHARACTERISTICS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN FIBROMYALGIA

^{1,2}Shishkina E. S. ORCID ID 0000-0002-6198-1151,

¹Sherman M. A. ORCID ID 0000-0001-5740-1022,

³Karakulova Yu. V. ORCID ID 0000-0002-7536-2060

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kirov State Medical University», Kirov, Russian Federation, e-mail: lena-stem@mail.ru;

²Medical Rheumatology Center, Kirov, Russian Federation;

³Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Perm State Medical University named after E. A. Wagner Academy», Perm, Russian Federation

Chronic pain syndrome is accompanied by depression and anxiety in 20-40% of cases. The prevalence of these disorders is highest in patients with fibromyalgia. Objective: to compare the severity of anxiety-depressive syndrome in patients with fibromyalgia and chronic nonspecific back pain. Materials and methods: the study included 63 patients with chronic pain syndrome, 36 of whom had a diagnosis of fibromyalgia, and 27 patients with musculoskeletal pain. A numerical rating scale and the Pain Detect questionnaire were used to assess pain. The severity of anxiety and depression was assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9. The Pittsburgh Sleep Quality Index was used to assess sleep quality. Results and discussion: Fibromyalgia was diagnosed for the first time in all patients, with the duration of symptoms prior to presentation being $5,1 \pm 4,9$ years. Pain intensity at initial examination in patients with fibromyalgia was within average values and was higher than in patients with nonspecific pain. Patients with fibromyalgia had significantly higher levels of anxiety and depression ($p < 0.01$) and sleep disturbances. The neuropathic component of pain in patients with fibromyalgia was more pronounced according to the Pain Detect questionnaire. Patients with primary chronic pain showed a statistically significant positive correlation between anxiety and depressive disorders, pain intensity, and sleep disturbances. Conclusion. Patients with primary chronic pain have higher levels of anxiety and depression, which are obligatory and included in the diagnostic criteria for fibromyalgia.

Keywords: fibromyalgia, chronic pain syndrome, musculoskeletal pain, anxiety, depression, sleep disorders.

Acknowledgements: the authors express their gratitude to the director of the Medical Rheumatology Center, Kirov, Vladimir Ivanovich Troegubov, and rheumatologist Larisa Aleksandrovna Troegubova.

Введение

Хроническая боль (боль продолжительностью более 3 месяцев) является распространенным и инвалидизирующим состоянием во всем мире. По статистике 21% взрослого населения испытывает хроническую боль [1; 2]. Длительно протекающий болевой синдром часто сопровождается аффективными расстройствами. Различные исследования показали, что от 20% до 40% взрослых с хронической болью имеют сопутствующую депрессию и тревогу [3]. По данным метаанализа 376 исследований за последние годы, включающих более 300 тыс. человек с хронической болью из 50 стран, распространенность тревоги и депрессии составила 40%, при этом встречаемость этих нарушений была самой высокой среди пациентов, страдающих фибромиалгией (ФМ) [4]. ФМ – гетерогенное хроническое заболевание, характеризующееся распространенной мышечной болью, общей слабостью, нарушением сна, субъективными когнитивными нарушениями и другими психовегетативными симптомами. В зависимости от диагностических критериев и изучаемой популяции распространенность ФМ составляет от 1,1% до 6,4%, чаще встречаясь среди женщин в перименопаузе и постменопаузе [5].

Основной жалобой пациентов с ФМ является генерализованная скелетно-мышечная боль, длящаяся более 3 мес. Пациенты описывают ее как сковывающую, тянущую, изнуряющую, ломящую, напоминающую инфекционную миалгию («как при гриппе»), как правило, высокой интенсивности по ВАШ. Боль постоянная, но усиливается на фоне эмоциональных и физических нагрузок, в холодную погоду, при сопутствующих простудных заболеваниях, более выражена в утренние и вечерние часы [6]. $\frac{3}{4}$ всех пациентов отмечают ощущение скованности при движениях, более половины – чувство распирания и отека в вовлеченных областях, такие нейропатические феномены, как онемение, покалывания и

жжение, также возможны при описании клинической картины [7]. Известно, что у пациентов с ФМ снижен болевой порог по данным ф-МРТ [5]. В восприятие боли существенный вклад вносят личностные особенности пациента. Известно, что нарушению адаптивности, которая является одним из ключевых звеньев развития ФМ, подвержены пациенты с типом личности Д. Такие пациенты обладают низкой самооценкой, склонны к депрессии, тревоге и соматоформной амплификации [8]. Такие характерологические черты, как алекситимия, нейротизм, психотизм, перфекционизм, негативизм, являются факторами риска развития хронических болевых синдромов, в том числе ФМ [9; 10]. Возможно, определение личностного профиля в каждом конкретном случае является обоснованным для разработки плана лечения и решения вопроса о выборе метода психокоррекции [11].

Одними из ведущих неболевых симптомов ФМ являются тревога и депрессия, которые существенно влияют на качество жизни таких пациентов. Наличие депрессии учитывается в современных критериях постановки диагноза ФМ, тем самым подчеркивается значимость психоэмоциональных расстройств как облигатных для данного заболевания (ACR, 2011/2016) [12]. По некоторым данным, распространенность депрессии у пациентов с ФМ в течение жизни составляет 74%, а тревожного расстройства - 60%, при этом на момент постановки диагноза примерно у 30% пациентов с ФМ наблюдается тяжелая депрессия [13]. Наличие эмоциональных расстройств следует учитывать при анализе клинической картины, диагностике и тактике лечения. Недостаточность эффективности последнего в купировании боли, поздняя постановка диагноза (до 2 до 7 лет), низкая осведомленность медицинского сообщества о критериях постановки диагноза ФМ и скептическое отношение со стороны медицинского персонала в совокупности со стигматизацией диагноза способствуют развитию аффективных нарушений [14; 15]. Кроме этого, пациенты с ФМ жалуются на плохое качество сна, которое проявляется инсомнией, чувством неосвежающего сна, дневной усталостью и сонливостью [16].

Цель исследования: сравнить выраженность проявлений тревожно-депрессивного синдрома, качества сна у пациентов с фибромиалгией и хронической неспецифической болью в спине.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 63 пациента с хроническим болевым синдромом, которые обратились на прием в ООО «Медицинский ревматологический центр» г. Кирова. 36 пациентам был установлен диагноз ФМ согласно критериям ACR, 2016. 27 пациентам был установлен диагноз неспецифической скелетно-мышечной боли на основе жалоб пациента, анамнеза, данных соматического и неврологического исследования и дополнительных методов исследования (инструментальных и лабораторных) при необходимости для

исключения иных причин. Перед включением в исследование все участники подписывали добровольное информированное согласие. Критериями исключения явились: отказ от участия в исследовании, выраженные когнитивные нарушения, беременность или кормление грудью, онкологическое заболевание в анамнезе за последние 5 лет, возраст менее 18 лет, старше 75 лет.

Дополнительно проводилась оценка выраженности боли по числовой рейтинговой шкале в момент обращения на прием, определялась интенсивность наиболее сильного приступа и средняя выраженность боли за последние 4 недели. Для исключения нейропатического компонента боли применялся опросник Pain Detect. Оценка эмоциональных нарушений осуществлялась с помощью госпитальной анкеты тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Questionnaire, HADS) и опросника оценки здоровья пациентов (Patient Health Questionnaire, PHQ-9). Качество сна оценивалось при помощи Питтсбургского опросника качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI).

Для проверки нормальности распределения данных в обеих группах использовался тест Шапиро - Уилка, который является оптимальным для малых выборок. Категориальные характеристики оценивались в виде абсолютных значений (количество пациентов), количественные данные представлены в виде медианы и квартилей. Статистическая значимость различий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента (в случае нормальности распределения) и критерия Манна - Уитни (в противном случае). Оценка корреляции между различными симптомами заболеваний выполнялась с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Различия между группами и взаимосвязи характеристик считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе пациентов с первичной хронической болью (ФМ) частота обращения за медицинской помощью женщин превышала частоту обращения мужчин в 11 раз, что подтверждает множественную информацию из различных источников о преимущественном преобладании ФМ среди женщин. Возраст пациентов составил 53,5 [47,3; 62] года, что соответствует данным мировой литературы. Особенности течения первичной и вторичной хронической боли представлены в таблице.

Общая характеристика пациентов

с хроническим первичным и вторичным болевым синдромом

Показатель	Группа 1 (n=36)	Группа 2 (n=27)
Пол (женщины/мужчины)	33/3	20/7
Возраст, годы	53,5 [47,3; 62]	51 [40,5; 58]

Индекс массы тела, кг/м ²	27,4 [23,7; 29,9]	25,2 [22,8; 29,1]
Длительность заболевания, годы	4 [2; 6]*	1,5 [0,5; 3]*
Наличие спортивных нагрузок	8	13
Использование в анамнезе антидепрессантов/антиконвульсантов	23	4
Высшее образование	14	19
Проживание в городе	31	22
Нахождение в браке	19	13
Курение	7	4
Употребление алкоголя	7	6
ЧРШ на момент осмотра, баллы	6 [4,5; 8]	5 [3; 6]
ЧРШ максимальная за месяц, баллы	7 [7; 9]	8 [5; 9]
ЧРШ средняя за месяц, баллы	6 [5; 7]	6 [5; 7]
PD, баллы	12 [7,3; 16,3]	9 [5,5; 12,5]
HADS (тревога), баллы	11 [7; 13]*	6 [3,5; 8]*
HADS (депрессия), баллы	9 [6,5; 12]*	5 [2,5; 8]*
PSQI, баллы	12 [10,3; 14,5]	10 [8; 13]
RHQ-9, баллы	11,5 [9; 15]*	5,5 [3; 9,8]*

Примечания: группа 1 – пациенты с первичным хроническим болевым синдромом (фибромиалгией), группа 2 – пациенты со вторичным хроническим болевым синдромом (неспецифическая боль в спине); * – $p < 0.05$. Составлено авторами

Длительность заболевания к моменту установки диагноза ФМ составляла 4 [2; 6] года, что говорит о поздней диагностике данного заболевания. При этом всем пациентам диагноз ФМ был установлен впервые. Более половины пациентов с ФМ ($n=23$) имели опыт применения антидепрессантов/антиконвульсантов. Подавляющее большинство пациентов с первичной хронической болью были недостаточно физически активны ($n=28$), в то время как при вторичной боли каждый второй пациент сохранял физическую активность. Чаще страдали ФМ пациенты со средним образованием, половина исследуемых не состояла в браке. Только 1/5 пациентов с ФМ употребляли табак и алкоголь ($n=7$).

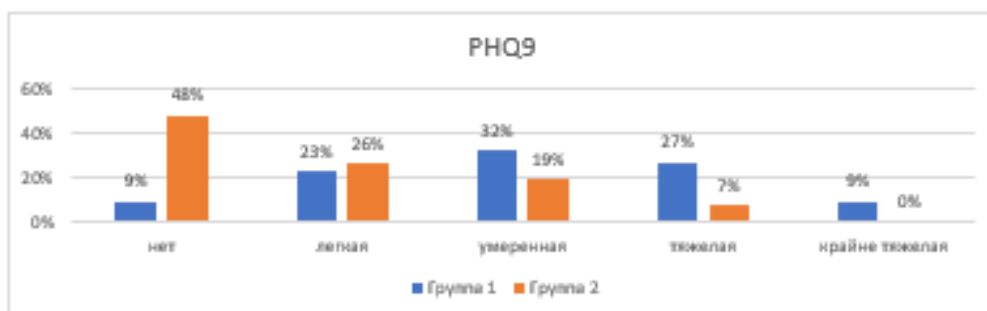
Выраженность боли на момент осмотра у пациентов с ФМ соответствовала боли умеренной интенсивности и была выше (в среднем на 1 единицу) по сравнению с неспецифической болью. Максимальная и средняя по выраженности значений боль за последние 4 недели не имела различия. При ФМ боль часто описывалась пациентом в рамках нейропатических характеристик, что привело в результате к более высоким цифрам по шкале PD, но не достигало значений таковой.



а



б



в

Выраженность эмоциональных нарушений среди пациентов с хроническим первичным и вторичным болевыми синдромами, где группа 1 – пациенты с первичным хроническим болевым синдромом (ФМ), группа 2 – пациенты с вторичным хроническим болевым синдромом (неспецифическая боль в спине) (составлено авторами)

У пациентов с ФМ в 83% случаев наблюдалась тревога (в 63% клинически выраженная), в 67% - депрессия (в 34% случаев клинически выраженная) по данным HADS (рис. а, б). По данным PHQ-9 у 36% выраженность тревоги достигала значений тяжелой и крайне тяжелой (рис. в). Выраженность тревоги и депрессии по шкале HADS и депрессии по опроснику PHQ-9 была статистически значимо выше у пациентов с первичной хронической болью ($p < 0,05$). Нарушения качества сна наблюдались у пациентов в обеих группах, при этом у пациентов с первичной хронической болью нарушения были более выражены ($p = 0,19$).

При выявлении связи тревожных и депрессивных расстройств с интенсивностью боли в группе с ФМ наблюдалась статистически значимая корреляция (коэффициент корреляции 0,8, $p < 0.01$), а также умеренная корреляция с качеством сна (коэффициент корреляции 0,66, $p < 0.01$). Между собой также умеренно взаимосвязаны выраженность боли и качество сна (коэффициент корреляции 0,62, $p < 0.01$). Для группы пациентов с неспецифической болью была рассчитана корреляционная матрица по тем же числовым показателям. При этом взаимосвязи были немного слабее (коэффициенты корреляции – 0,76($p < 0.01$), 0,62($p < 0.01$) и 0,62($p < 0.01$) соответственно). Эти данные свидетельствуют о прямой зависимости между выраженностью боли и наличием тревоги, депрессии и качеством сна при первичной хронической боли.

Заключение

Наличие тревоги и депрессии, расстройства сна при болевом синдроме любой этиологии требует их активного выявления и коррекции с целью повышения качества жизни таких пациентов. При первичной хронической боли у пациентов наблюдается более высокий уровень эмоциональных расстройств, которые являются облигатными и входят в диагностические критерии такого заболевания, как ФМ.

Список литературы

1. Rikard S. M., Strahan A. E., Schmit K. M., Guy G. P. Jr. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019–2021 MMWR // *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2023;72(15):379–385. DOI: 10.15585/mmwr.mm7215a1.
2. Каракулова Ю. В., Шутов А. А. Характеристика болевого статуса и количественного содержания сывороточного и тромбоцитарного серотонина крови у больных с головной болью напряжения // *Международный неврологический журнал.* 2008. № 1 (17). С. 39-42.
3. De La Rosa J. S., Brady B. R., Ibrahim M. M., Herder K. E., Wallace J. S., Padilla A. R., Vanderah T. W. Co-occurrence of chronic pain and anxiety/depression symptoms in U.S. adults: prevalence, functional impacts, and opportunities // *Pain.* 2024;165(3):666-673. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003056.
4. Aaron R. V., Ravyts S. G., Carnahan N. D., Bhattiprolu K., Harte N., McCaulley C. C., Vitalicia L., Rogers A. B., Wegener S. T., Dudeney J. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis // *JAMA Netw Open.* 2025;8(3):e250268. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0268.
5. Давыдов О. С., Глебов М. В. Фибромиалгия. *Российский журнал боли.* 2020;18(3):66–74. DOI: 10.17116/pain20201803166.

6. Филатова Е. Г., Меликова Н. А. Фибромиалгия: трансформация представлений // Медицинский алфавит. 2021;(36):12-17. DOI: 10.33667/2078-5631-2021-36-12-17.
7. Bennett R. M., Jones J., Turk D. C., et al. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia // BMC Musculoskeletal Disorders. 2007;8:27. DOI: 10.1186/1471-2474-8-27.
8. Şimşek M. H., Korkmaz U., Çelik F. G. H., Çilesizoğlu Yavuz N., Hocaoğlu Ç. Investigation of the Relationship Between Type D Personality and Depression, Anxiety and Somatosensory Amplification in Patients With Fibromyalgia // Pain Res Manag. 2025;2025:5315083. DOI: 10.1155/prm/5315083.
9. Marchi L., Marzetti F., Orrù G., et al. Alexithymia and psychological distress in patients with fibromyalgia and rheumatic disease // Frontiers in Psychology. 2019;10:1735. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01735.
10. van Middendorp H., Kool M. B., van Beugen S., et al. Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia // General Hospital Psychiatry. 2016;39:66-72. DOI: 10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2015.11.006.
11. Torres X., Bailles E., Valdes M, et al. Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients // General Hospital Psychiatry. 2013;35(6):640-648. DOI: 10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2013.07.014.
12. Wolfe F., Clauw D. J., Fitzcharles M. A., Goldenberg D. L., Häuser W., Katz R. L. et al. 2016. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria // Semin Arthritis Rheum. 2016;46(3):319–329. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
13. Buskila D., Cohen H. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders // Current Pain and Headache Reports. 2007;11(5):333-338. DOI: 10.1007/s11916-007-0214-4.
14. Каракулова Ю. В., Шишкина Е. С., Троегубова Л. А. Сложности дифференциальной диагностики фибромиалгии // Медицинский Совет. 2025;(3):96-102. DOI: 10.21518/ms2025-114.
15. Hasselroth R., Björling G., Faag C., Bose C. N. Can Someone as Young as You Really Feel That Much Pain? — A Survey on How People With Fibromyalgia Experience Healthcare in Sweden // SAGE Open Nursing. 2021;7:23779608211026145. DOI: 10.1177/23779608211026145.
16. Diaz-Piedra C., Catena A., Sánchez A. I., Miró E., Martínez M. P., Buela-Casal G. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: the role of clinical and polysomnographic variables explaining poor sleep quality in patients // Sleep Med. 2015;16(8):917-25. DOI: 10.1016/j.sleep.2015.03.011.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.