

А.Н. Кучмин, С.Л. Морозов, О.В. Дискаленко, К.Б. Евсюков,
А.Б. Изотова, А.А. Черняховская, И.В. Макарова

Ревматическая полимиалгия: от знаний к практике

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Несмотря на хорошо изученную клинику, ревматическая полимиалгия остается заболеванием, которое представляет большую диагностическую проблему для врача общетерапевтического профиля, поскольку нередко ведет по ложному пути, заставляя исключать массу заболеваний со схожей симптоматикой, подвергая пациента утомительным, длительным и нередко инвазивным исследованиям. Ревматической полимиалгии подвержены лица старше 50 лет. Болезнь возникает остро и проявляется в виде симметричного поражения опорно-двигательного аппарата преимущественно в области плечевого и тазового пояса, а также изменений лабораторных показателей воспаления. Диагноз ревматической полимиалгии устанавливается клинически после тщательной дифференциальной диагностики. Нередко он становится диагнозом исключения. При этом решающим критерием является быстрый выраженный положительный эффект от пробной терапии низкими дозами кортикостероидов. Представлены современные классификационные критерии ревматической полимиалгии и основные положения по её лечению. Приводятся три клинических случая из практики терапевтического стационара, демонстрирующие сложности в постановке диагноза у пожилых пациентов. В первом случае это женщина 63 лет с жалобами на общую слабость, похудение, лихорадку и выраженными лабораторными признаками воспаления. Ревматическая полимиалгия была диагностирована как диагноз исключения после большого количества исследований и консультаций различных специалистов, длившихся более 1 месяца. Пробная терапия кортикостероидами подтвердила диагноз. Второй и третий примеры демонстрируют, как знание клинических проявлений ревматической полимиалгии, основанное на предшествующем опыте, позволяет эффективно проводить диагностику и лечение у коморбидных пациентов, что существенно улучшает качество их жизни.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, системные воспалительные заболевания, диагноз, дифференциальная диагностика, боль, скованность мышц, артрит, синовит, бурсит, височный артериит, лихорадка, ревматоидный фактор, лечение, кортикостероиды, метотрексат, клинический случай.

Введение. Ревматическая полимиалгия (РП) – воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, развивающееся в возрасте не моложе 50 лет, характеризующееся болями в мышцах шеи, плечевого и тазового пояса, ограничением движений, значительным повышением лабораторных показателей воспаления и наступлением ремиссии при лечении небольшими дозами глюкокортикоидов (ГК) [8, 9, 11].

Ревматическую полимиалгию следует отнести к числу трудных диагнозов. Как правило, это заболевание выявляется несвоевременно [2]. Прежде чем распознают РП, больным в течение нескольких недель, месяцев ставятся ошибочные диагнозы, поскольку основное проявление болезни – болевой синдром – не всегда является ведущим в клинической картине. Тем более, что РП не такая уж редкая патология. В мире ее частота колеблется от 29 до 133 случаев на 100 тыс. населения старше 50 лет с возрастным пиком в 65–75 лет. Начинается заболевание исключительно в пожилом возрасте. Крайне редко оно поражает более молодых лиц. При этом РП часто развивается у практически здоровых людей и в 2–3 раза чаще у женщин, чем у мужчин [5].

Этиология и патогенез РП не известны, тем не менее выявлена генетическая предрасположенность к этому заболеванию. Несомненна роль иммунологических нарушений, обсуждается воз-

можность инфекционной природы заболевания [10]. Высказывается точка зрения, что РП – вариант гранулематозного гигантоклеточного артериита. Анатомический субстрат болезни не известен, так как при морфологическом исследовании мышц нет существенных отклонений от нормы. В синовиальной оболочке суставов обнаруживаются явления синовита. В периартикулярных тканях также определяются признаки неспецифического воспаления. В связи с вышеуказанным предлагается рассматривать РП как идиопатическое заболевание опорно-двигательного аппарата, симптомы которого обусловлены воспалительным процессом синовиальных плечевых, тазобедренных суставов и периартикулярных тканей.

Заболевание, как правило, начинается остро, сразу полного благополучия. Человек ложится вечером спать здоровым, а утром не может встать с постели из-за выраженной боли и скованности. Часто начало болезни связывают с перенесенной острой респираторной вирусной инфекцией. Нередко появлению первых симптомов заболевания предшествует необъяснимое повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), а также длительный лихорадочный синдром или субфебрилитет [12].

Наиболее характерным симптомом болезни является синдром поражения опорно-двигательного аппарата: боль и скованность в проксимальных от-

делах конечностей. При этом изменения симметричны. Нередко боли усиливаются при движении, под влиянием тяжести тела, сдавления, часто беспокоят ночью, из-за чего нарушается сон [1]. В утренние часы характерно ощущение скованности, которое также может появиться после любого периода неподвижности. Симптоматика болезни, как правило, постепенно нарастает и через 2–3 недели достигает пика, при этом объективные изменения незначительны. При пальпации мышц болезненность небольшая или отсутствует, нет атрофий и инфильтраций. Мышечная сила сохранена.

При РП возможно развитие артритов, которые появляются через несколько месяцев после возникновения мышечных болей. Обычно это серонегативный симметричный синовит с небольшим отеком. Из особенностей суставного синдрома можно отметить следующие: небольшое число пораженных суставов, слабую выраженность признаков локального воспаления, быстрое стихание артрита на фоне лечения ГК, отсутствие рентгенологических изменений со стороны суставов [3].

Из общих симптомов часто встречаются похудение, анорексия, общая слабость, повышение температуры тела. У некоторых больных длительная лихорадка может быть основным или единственным проявлением заболевания, особенно когда оно манифестирует с височного артериита. Отсутствие должного внимания и понимания со стороны врачебного персонала может приводить к депрессии, поскольку в течение нескольких недель, а нередко и лет ставятся ошибочные диагнозы, а назначаемая терапия не приносит облегчения.

Другим характерным признаком РП является значительное и стойкое повышение СОЭ иногда до 50–70 мм/ч и более. Определяются и другие неспецифические лабораторные признаки воспаления: повышение уровня С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, белков острой фазы (альфа-2 и гамма-глобулинов). СРБ является более чувствительным показателем активности заболевания, чем СОЭ. Нередко при РП диагностируются нормохромная анемия как проявление анемии хронических заболеваний, а также умеренные изменения печёночных проб (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), билирубина, щелочной фосфатазы). Ревматоидный и антинуклеарный факторы обычно отрицательны, а мышечные ферменты, в частности креатинфосфокиназа, в норме.

Специфических лабораторных проб для данного заболевания не существует, воспалительные маркеры также неспецифичны. Диагностика строится на выявлении характерных симптомов, а иногда оценке ответа на лечение ГК, назначение которых дает, как правило, быстрый эффект [4, 9, 11]. Зачастую диагноз РП является диагнозом исключения, так как приходится, прежде всего, исключить ряд заболеваний, протекающих со сходной симптоматикой, таких как

васкулиты, системные заболевания соединительной ткани, паранеопластический синдром, миеломная болезнь, плечелопаточный периартрит, тендиниты мышц плечевого и тазового пояса, хронические бактериальные и вирусные инфекции, эндокринопатии и др. [1].

В 2012 г. Европейской группой по изучению РП были предложены дополнительные критерии диагностики РП, основанные на возможностях визуализирующих методик обследования пациентов, в частности ультразвуковой диагностики [6]. Обязательными критериями согласно новым рекомендациям являются возраст пациентов старше 50 лет, наличие болей в мышцах плечевого пояса, повышение СРБ и/или СОЭ, далее учитывается наличие утренней скованности более 45 мин, болей или скованности в мышцах тазового пояса, отсутствие ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллиновому пептиду, отсутствие поражения других суставов, кроме плечевых и тазобедренных.

Набор ультразвуковых классификационных критериев предполагает наличие в первом диагностическом блоке как минимум поддельтовидного бурсита и/или теносиновита бицепса, и/или синовита плечевого сустава (заднего или аксиллярного отдела) и/или синовита тазобедренного сустава, и/или трохантерного бурсита, во втором – двустороннего поддельтовидного бурсита, теносиновита бицепса или синовита плечевых суставов.

Международной группой экспертов в 2015 г. был разработан алгоритм ведения больного РП, в котором обобщается накопленный к настоящему времени опыт диагностики и лечения этого заболевания (рис. 1).

Основным методом лечения РП является глюкокортикоидная терапия. Обычно назначается преднизолон по 12,5–25 мг/сут (стартовая доза) или метилпреднизолон, 6-метилпреднизолон в эквивалентных дозах до достижения ремиссии продолжительностью до 4 недель [7].

В случае клинического улучшения предлагается постепенное снижение дозы ГК до 10 мг/сут в пересчёте на преднизолон в течение 4–8 недель. Во время ремиссии необходимо снижать дозу преднизолона на 1,25 мг в месяц до полной отмены. При обострении РП необходимо вернуться к последней, сохраняющей состояние ремиссии дозе.

При классическом течении заболевания ГК позволяют подавить воспалительный процесс и через 6–12 месяцев, иногда позднее, добиться полного выздоровления. Известны и спонтанные ремиссии заболевания. Также описано волнообразное течение РП в тех случаях, когда преднизолон отменяется раньше, чем положено (как только прекратились боли в мышцах), или при форсированном уменьшении дозы препарата. При РП, протекающей без височного васкулита, прогноз для жизни благоприятный, при наличии височного васкулита прогноз всегда сомнительный.

Условно рекомендуется учесть возможность раннего применения метотрексата в дозе 7,5–10 мг/нед в дополнение к ГК у пациентов с высоким

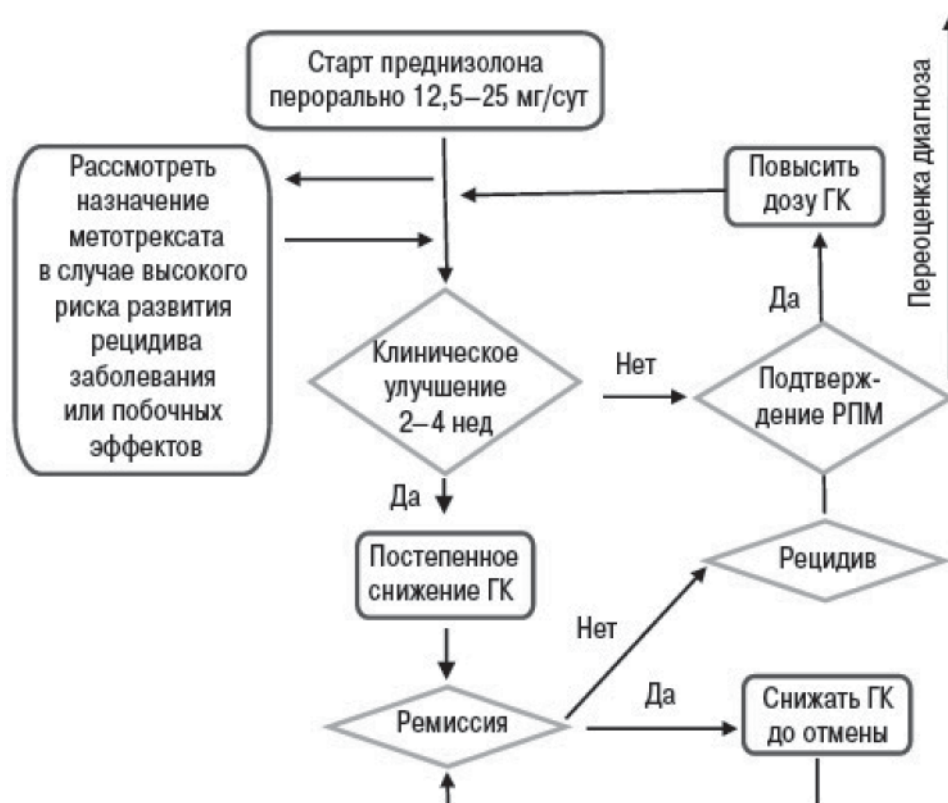


Рис. 1. Алгоритм лечения ревматической полимиалгии, основанный на рекомендациях Европейской антиревматической лиги и Американской коллегии ревматологов (2015)

риском рецидива и/или при длительной терапии, а также в случаях имеющих факторов риска, сопутствующих заболеваний и/или приема сопутствующих препаратов, когда высокая вероятность появления осложнений ГК-терапии или побочных эффектов ГК. Терапия метотрексатом в случае его назначения продолжается 6–12 месяцев после отмены ГК.

Цель исследования. Проанализировать трудности диагностического поиска РП на примерах нескольких клинических случаев.

Материалы и методы. Рассматриваются особенности клинической картины больных с дебютом РП, оказавшихся на обследовании и лечении в общепатевтическом стационаре.

Результаты и их обсуждение. Первый клинический случай. Женщина 63 лет поступила в плановом порядке в клинику пропедевтики внутренних болезней (ПВБ) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) в июле 2013 г. с жалобами на сухой кашель, першение в горле, поперхивание вплоть до затруднения речи, лихорадку до 38°C в вечернее время, сопровождающуюся ознобом, прогрессирующую общую слабость, снижение массы тела на 12 кг за последние 3 месяца.

Из анамнеза болезни известно, что около 1,5 месяцев назад появились кашель, першение в горле,

повышение температуры тела. По результатам амбулаторного обследования выявлены нормохромная анемия (гемоглобин (Hb) – 105 г/л), повышенная до 64 мм/ч СОЭ. Заболевание было расценено как острая респираторная инфекция. Проводилось симптоматическое, в том числе и антибактериальное лечение, которое не оказало должного эффекта. Сохранение вышеуказанных симптомов, факт похудения, стойкое значительное повышение СОЭ и послужили поводом для госпитализации в клинику академии.

В анамнезе жизни пациентки – наличие гипертонической болезни (ГБ) с контролируемой артериальной гипертензией. В 1998 г. проведена экстирпация матки с придатками по поводу миомы. В 2007 г. диагностирован узловой эутиреоидный зоб 1 степени. Пациентка по профессии медсестра, вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании на момент поступления состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеническое. Костно-мышечная система без особенностей. Питание нормальное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 37°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа не увеличена. Периферических отеков нет. При физикальном обследовании патологии со стороны системы кровообращения, дыхания и пищеварения не обнаружено. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Данные дополнительных исследований: в общем анализе крови признаки нормохромной анемии легкой степени (Hb – 100 г/л, эритроциты $3,65 \times 10^9$ /л), СОЭ 70 мм/ч, тромбоцитоз 544×10^9 /л, в остальном – без особенностей. В биохимическом анализе крови: повышенное значение СРБ (107,2 Ед) и ГГТП (78 Ед/л). В иммунологическом анализе крови отмечалось двукратное повышение уровней циркулирующих иммунных комплексов, а также альфа-1 и гамма глобулинов. При ультразвуковом исследовании выявлены диффузные изменения поджелудочной железы, признаки атеросклероза аорты и незначительное количество жидкости в полости перикарда, узел левой доли щитовидной железы.

В связи с сохранением жалоб на кашель, лихорадку, значительным повышением уровня воспалительных маркеров в крови, похудением на начальном этапе проводилась дифференциальная диагностика с патологией органов дыхания. Исключались онкологические и системные воспалительные заболевания. В связи с чем больной были выполнены анализы крови на маркеры системных поражений соединительной ткани и васкулитов, бронхоскопия, оценка функции внешнего дыхания, компьютерная томография груди. По данным эндоскопии выявлена дискинезия трахеи 3 степени. Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа позволило выявить снижение пневматизации лобной пазухи в виде отека и набухания слизистой оболочки, незначительное снижение пневматизации левой верхнечелюстной пазухи. Осуществлена консультация оториноларинголога.

Обследования не выявили причин, объясняющих имеющуюся клиническую симптоматику пациентки, что потребовало расширить диагностический поиск. В качестве возможных причин заболевания рассматривались заболевания крови, инфекции, онкология других органов. Для исключения синдрома системного воспалительного ответа проведены анализ на прокальцитонин и трехкратный посев крови на стерильность на высоте лихорадки (норма). Выполнена ортопантограмма, больная проконсультирована стоматологом, инфекционистом; патологии не выявлено.

С целью исключения миеломной болезни и других парапротеинемий осуществлен электрофорез белков крови и мочи с иммунофиксацией (без патологии). По решению гематолога пациентке была выполнена пункция костного мозга. Миелограмма костномозгового пунктата без отклонений.

Поиск опухолевых поражений потребовал выполнения КТ головы, живота, малого таза, эндоскопических методов, анализа крови на онкомаркеры, такие как раково-эмбриональный антиген, фрагмент цитокератина 19 (Cyfra 21–1), антиген глоскоклеточной карциномы (SCC), хорионический гонадотропин, альфа-фетопротеин, тиреоглобулин. С помощью КТ живота определено диффузное снижение плотности и увеличение размеров печени, в которой выявлен участок пониженной плотности в четвертом сегменте,

вероятнее всего – фиброзного характера. При фиброколоноскопии патологии не выявлено. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастрит антрального отдела и тела желудка, недостаточность привратника, дуодено-гастральный рефлюкс, бульбит. Больная прошла обследование у гинеколога, включавшее цитологическое исследование, сонографию, маммографию. Новых находок получено не было.

Как видно из представленных данных, был выполнен большой объем различных исследований, продолжавшийся в общей сложности около 1,5 месяцев, при этом самочувствие пациентки ухудшалось, сохранялись эпизоды повышения температуры тела в вечернее время до фебрильных цифр, динамика показателей крови была отрицательной. Так, уровень Hb снизился до 97 г/л, СОЭ составила 74 мм/ч.

Сохраняющиеся жалобы пациентки на общую слабость, лихорадку, наличие анемии, значительное увеличение СОЭ и повышенный уровень СРБ, а также отсутствие существенной патологии при объективном и дополнительных методах обследования навело на мысль о наличии у больной РП как диагноза исключения. В ходе уточнения характера жалоб при активном опросе удалось установить еще одну особенность: наличие у пациентки умеренной симметричной скованности в мышцах плечевого пояса по утрам. Таким образом, были получены необходимые клинические признаки, рекомендованные для диагностики РП.

Решено назначить пробное лечение небольшими дозами ГК, которое убедило нас в правильности диагностического поиска, ведь положительный эффект от такой терапии нередко является решающим в подтверждении РП. В течение первых 4–5 дней терапии метилпреднизолоном (16 мг) появилась отчетливая положительная динамика в состоянии пациентки: на вторые сутки нормализовалась температура тела, исчез кашель, уменьшилась общая слабость и мышечные симптомы. В общем анализе крови в динамике отмечено снижение СОЭ до 37 мм/ч, повышение уровня Hb до 110 г/л. Уже через месяц от начала терапии ГК Hb составил 124 г/л, СОЭ снизилась до 15 мм/ч, а уровень СРБ пришел в норму. Пациентка отметила нормализацию самочувствия и прибавку в весе на 5 кг. В дальнейшем ей было рекомендовано постепенное снижение дозы метилпреднизолона на 2 мг в месяц под контролем показателей крови; наблюдение ревматологом по месту жительства, выполнение остеоденситометрии для выявления возможного остеопороза и его своевременной коррекции, с учетом длительного лечения ГК.

Второй клинический случай. Больная Ш., 71 год, поступила в клинику ПВБ в марте 2017 г. с жалобами на боль и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса, в проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных, коленных, тазобедренных суставах, усиливающиеся ночью, периодическое повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$, выраженную общую слабость.

Считает себя больной с июля 2016 г., когда остро возникли утренняя скованность в проксимальных межфаланговых суставах и боль в 1-м межфаланговом суставе правой кисти. Проконсультирована терапевтом, хирургом поликлиники по месту жительства, диагностирован синовит 1 правого межфалангового сустава, назначен курс терапии нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) перорально и в виде наружного применения. Однако значимой положительной динамики пациентка не отметила. Более того, с августа 2016 г. появилась боль в мышцах плечевого пояса, а также в плечевых, тазобедренных и коленных суставах, отмечалось периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При амбулаторном обследовании в общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 34 мм/час. Пациентка возобновила приём НПВС с незначительным положительным эффектом.

В ноябре того же года выполнена рентгенография кистей, обнаружены начальные признаки остеоартроза. Больная была проконсультирована ревматологом городской больницы № 25. Выставлен предварительный диагноз: «Вероятный ревматоидный артрит. Полиостеоартроз». Вновь рекомендованы НПВС, выполнена инъекция дипроспана в правый лучезапястный сустав, после чего больная отмечала непродолжительный положительный эффект. Пациентка повторно осмотрена ревматологом в декабре 2016 г., вынесен диагноз недифференцированного артрита 3 степени активности, функциональная недостаточность 2–3. Рекомендована госпитализация в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Из анамнеза жизни: пациентка длительно страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, ГБ II стадии, сахарным диабетом 2 типа, язвенной болезнью желудка. Отмечает аллергическую реакцию на пенициллин и димедрол в виде крапивницы.

При объективном обследовании на момент поступления в клинику ПББ ВМА состояние пациентки удовлетворительное. Из особенностей: питание повышенное, индекс массы тела 32,1 кг/м². Ограничение подвижности в плечевых суставах (невозможность поднять руки вверх из-за боли и скованности). Температура тела в норме. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Пульс равномерный, ритмичный, 80 в мин. I тон на верхушке сердца ослаблен, там же выслушивается слабый систолический шум. Артериальное давление (АД) на обеих руках 140/80 мм рт. ст. При физикальном обследовании дыхательной и пищеварительной систем патологических изменений не обнаружено.

В ходе лабораторного обследования выявлено увеличение СОЭ до 26 мм/час и уровня СРБ до 45 г/л. Ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду, антиген HLA B27 – норма. При проведении электрофореза белков определены гипогамминемия и гиперглобулинемия. По данным ультразвукового исследования сердца и органов живота значимых отклонений не выявлено. При ЭГДС обнаружены признаки неэрозивной

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, полип антрального отдела желудка.

Анализ имеющихся клинических данных позволил с большой вероятностью предположить наличие у больной Ш. именно ревматической полимиалгии, не подвергая пациентку дополнительным обследованиям, и назначить гормональную терапию (метипред 12 мг/сут). Эффект от лечения превзошёл все ожидания, особенно у самой пациентки, поскольку существенно изменилось качество её жизни. Боли в суставах и скованность в мышцах прошли через двое суток. Через 7 дней пациентка была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии под наблюдение ревматолога.

Третий клинический случай отмечен в мае 2017 г. В терапевтическое отделение клиники поступил пациент Д., 88 лет. Целью его госпитализации явилась необходимость проверки режима работы аппарата для искусственной вентиляции лёгких постоянным положительным давлением (Constant Positive Airway Pressure – CPAP). Со слов больного – в течение последних 2 месяцев его сон стал прерывистым, вероятно, из-за нарушения режима аппаратной вентиляции. При этом, просыпаясь, он ощущал боль в плечевых суставах, что мешало ему заснуть в дальнейшем. Также имело место периодическое повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. беспокоили боль и скованность до 1 ч в пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, по поводу чего он принимал по требованию НПВС с положительным эффектом.

Из анамнеза было известно, что мужчина ранее ежегодно обследовался и лечился в клинике ПББ по поводу ГБ. В 2016 г. у него при выполнении кардиореспираторного мониторинга был диагностирован синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжёлой степени, в связи с чем назначена постоянная CPAP-терапия. С мая 2016 г. отмечает появление боли и ощущение скованности по утрам в суставах кистей. При рентгенологическом исследовании кистей в июле 2016 г. выявлены признаки полиостеоартроза. В общем анализе крови отмечено повышение СОЭ до 36 мм/ч. Был проконсультирован ревматологом. Установлен диагноз: «Полиостеоартроз с преимущественным поражением мелких суставов кистей, 3 ст., функциональная недостаточность I».

Первые представления о больном с учётом медицинской преювенции не выходили за рамки предшествующих. Предварительный диагноз предполагал наличие ГБ, СОАС и полиостеоартроза. Однако выполненный на следующий день общий анализ крови продемонстрировал увеличение СОЭ до 41 мм/ч, наличие нормохромной анемии лёгкой степени тяжести (Hb 116 г/л). Уровень СРБ от 17 мая составил 6,5 г/л, ревматоидный фактор оказался в пределах референтных значений.

Имевший 2 месяца назад пример диагностики РП у пациентки Ш. подтолкнул нас к предположению, что и в данном случае мы имеем дело с тем же заболева-

нием, принимая во внимание наличие у больного Д. большинства критериев, характерных для РП. Пробная терапия преднизолоном (10 мг/сут) в течение 3–4 дней купировала все проявления болезни, боли и скованность исчезли, нормализовался сон. На седьмые сутки отмечено снижение СОЭ до 16 мм/ч.

Заключение. Наши наблюдения и данные литературы свидетельствуют об определенных трудностях диагностики ревматической полимиалгии, особенно когда лечащие врачи ранее в своей практике не встречались с данным заболеванием в силу невысокой частоты его распространённости.

Знание же характерных клинических проявлений, лабораторных и инструментальных признаков ревматической полимиалгии, а также имеющийся клинический опыт позволяют своевременно установить правильный диагноз и назначить адекватную терапию, что будет способствовать улучшению прогноза, а зачастую и выздоровлению больных.

Литература

1. Овчаренко, С.И. Сложности диагностики ревматической полимиалгии / С.И. Овчаренко [и др.] // Трудный пациент. – 2008. – № 6 (10). – С. 23–26.
2. Овчаренко, С.И. Ревматическая полимиалгия: сложности диагностики / С.И. Овчаренко, И.С. Щедрина, М.П. Троицкая // Лечащий врач. – 2011. – № 4. – С. 33–36.
3. Терещенко, И.В. Ревматическая полимиалгия и гигантоклеточный височный артериит / И. В. Терещенко // Клиническая медицина. – 2005. – № 8. – С. 25–30.
4. Cantini, F. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in the diagnosis of polymyalgia rheumatica / F. Cantini, C. Salvarani, I. Olivieri // Ann. Intern. Med. – 1998. – № 128. – P. 873–874.
5. Cimmino, M.A. Epidemiology of polymyalgia rheumatica / M.A. Cimmino, A. Zaccaria // Clin. Exp. Rheumatol. – 2000. – № 18 (Suppl 20). – P. 9–11.
6. Dasgupta, B. 2012 provisional classification criteria for Rheumatology collaborative initiative Against Rheumatism / American College of polymyalgia rheumatica: a European League / Bhaskar Dasgupta [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2012. – № 71. – P. 484–492.
7. Dejaco, C. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism. American College of Rheumatology collaborative initiative / C. Dejaco [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2015. – № 74 (10). – P. 1799–1807.
8. Doran, M.F. / Trends in the incidence of polymyalgia rheumatica over a 30 year period in Olmsted County, Minnesota, USA / M.F. Doran [et al.] // J. Rheumatol. – 2002. – № 29. – P. 1694–1697.
9. Salvarani, C. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis / C. Salvarani [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2002. – № 347. – P. 261–271.
10. Salvarani, C. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis / C. Salvarani, F. Cantini, G.G. Hunder // Lancet. – 2008. – № 372 (9634). – P. 234–245.
11. Weyand, C.M. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica / C.M. Weyand, J.J. Goronzy // Ann. Intern. Med. – 2003. – № 139. – P. 505–515.
12. Zimmermann Gorska, I. Polymyalgia rheumatica: clinical picture and principles of treatment / I. Zimmermann Gorska // Ann. Intern. Med. – 2007. – № 141. – P. 568–569.

A.N. Kuchmin, S.L. Morozov, O.V. Diskalenko, K.B. Evsyukov,
A.B. Izotova, A.A. Chernyahovskaya, I.V. Makarova

Polymyalgia rheumatica — from knowledge to practice

Abstract. Despite the well known clinical picture, polymyalgia rheumatica remains a big diagnostic problem for the general practice doctors, since it is often leads to the wrong way of diagnostics. In order to diagnose polymyalgia rheumatica a doctor needs to exclude a lot of other potential diseases with similar symptoms and the patients undergo plenty of sometimes invasive diagnostic procedures. This disease affects people over than 50 years old. It has acute onset and characterized by proximal myalgia of the hip and shoulder girdles accompanying with morning stiffness that lasts for more than 1 hour, as well as inflammatory laboratory picture. The diagnosis established clinically after a thorough differential diagnosis. Sometimes it becomes the «diagnosis of exclusion». In this case the decisive criterion is a quick complete or near-complete symptoms resolution from the trial treatment with the low dose corticosteroids. The modern classification criteria and mane provisions for treatment of polymyalgia rheumatica are presented in this article, which demonstrate the difficulties in diagnosis in elderly patients. First case is a woman 63 years old who complies of fatigue, spontaneous weight reduction, fever which is accompanied by a pronounced laboratory signs of inflammation. Polymyalgia rheumatica was diagnosed as an «diagnosis of exclusion» after one month of conducting different diagnostic procedures and other specialists consultations. Trial corticosteroid therapy leaded to complete relapse of the symptoms which proved the diagnosis. Third and second cases demonstrate how the knowledge of clinical symptoms of polymyalgia rheumatica based on experience, allows one to establish the diagnose and to treat effectively comorbid patients. It helps significantly to improve quality of life.

Key words: polymyalgia rheumatica, inflammatory systemic diseases, diagnosis, differential diagnosis, pain, muscle stiffness, arthritis, synovitis, bursitis, juicy arthritis, corticosteroids, metotrexat, clinical case.

Контактный телефон: 8-921-741-91-91; e-mail: morozovserg102@gmail.com