

# Ревматическая полимиалгия: редко диагностируемое, но нередко встречающееся заболевание

К.м.н. И.Б. Башкова<sup>1</sup>, к.м.н. Е.И. Бусалаева<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

<sup>2</sup>ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, Чебоксары

## РЕЗЮМЕ

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание костно-мышечной системы с типичными проявлениями, «визитной карточкой» которого является сочетание болей в проксимальных группах мышц с высоким острофазовым воспалительным ответом, выраженным терапевтическим эффектом небольших доз преднизолона, которое развивается исключительно у лиц старше 50 лет. Разработанные современные классификационные критерии призваны облегчить своевременную постановку диагноза, однако не умаляют важности тщательного сбора анамнеза и осмотра пациента. Приводится дифференциальная диагностика РПМ. Несмотря на классический дебют и дальнейшее течение заболевания, своевременная диагностика значительно запаздывает, что обусловлено низкой осведомленностью врачей о данной патологии. Представлен клинический случай у пациентки в возрасте старше 50 лет. У больной наблюдались двусторонние боли в области плечевого пояса и повышение острофазовых показателей крови, также имелись утренняя скованность более 45 мин, двусторонний синовит плечевых суставов, отсутствие повышения уровня ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду, что позволило расценить это состояние как РПМ. Дополнительным признаком стал также хороший эффект от приема преднизолона. Недостаточная осведомленность врачей в отношении возможного развития у пожилых пациентов РПМ послужила поводом для поздней верификации диагноза. После назначения глюкокортикоидов пациентка в течение 1 мес. вернулась к исходной массе тела. Полностью купированы субфебрилитет и артрит периферических суставов, восстановился объем активных движений в суставах.

**Ключевые слова:** ревматическая полимиалгия, классификационные критерии, глюкокортикоиды, острофазовые показатели крови.

**Для цитирования:** Башкова И.Б., Бусалаева Е.И. Ревматическая полимиалгия: редко диагностируемое, но нередко встречающееся заболевание // РМЖ. МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ. 2017. № 1. С. 48–52.

## ABSTRACT

Rheumatic polymyalgia: frequent disease, which is rarely diagnosed

Bashkova I.B.<sup>1</sup>, Busalaeva E.I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary

<sup>2</sup>Institute for Advanced Training of Doctors, Cheboksary

Rheumatic polymyalgia (RPM) is an inflammatory disease of the musculoskeletal system with typical manifestations, the most noticeable of which is a combination of pains in proximal muscle groups with a high acute phase inflammatory response, high efficacy of small doses of prednisolone, and which develops exclusively in people over 50 years old. The modern classification criteria are designed to facilitate the timely diagnosis, though careful collection of anamnesis and examination of the patient are of a great importance too. Differential diagnostics of RPM is given. Despite the classic debut and the further course of the disease, timely diagnosis is significantly delayed, which is due to low awareness of doctors about this pathology. A clinical case in a patient aged over 50 years is presented. The patient had a bilateral pain in the shoulder area and an increase in the acute phase blood values, the morning stiffness for more than 45 minutes, bilateral synovitis of the shoulder joints, no increase in the level of rheumatoid factor and anti-bodies to the cyclic citrullinated peptide, which allowed diagnosing RPM. A good effect of using prednisolone was an additional sign. Inadequate knowledge of physicians regarding the possible development of RPM in elderly patients, became the reason for a late verification of the diagnosis. After the appointment of glucocorticoids, the patient returned to the initial body weight within a month. The subfebrility and arthritis of peripheral joints was fully relieved, the volume of active movements in the joints was restored.

**Key words:** rheumatic polymyalgia, classification criteria, glucocorticoids, acute phase blood values.

**For citation:** Bashkova I.B., Busalaeva E.I. Rheumatic polymyalgia: frequent disease, which is rarely diagnosed // RMJ. MEDICAL REVIEW. 2017. № 1. P. 48–52.

## Ведение

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание костно-мышечной системы, которое развивается исключительно у лиц старше 50 лет и характеризуется интенсивными болями и скованностью мышц плечевого и/или тазового пояса, шеи, системными проявлениями (лихорадка, похудание), сопровождается значительным повышением острофазовых показателей крови, а также на-

ступлением ремиссии при назначении глюкокортикоидов (ГК) в небольших дозах [1, 2].

Распространенность РПМ в популяции, по данным различных авторов, составляет от 12,8 до 68,3 на 100 тыс. населения в возрасте старше 50 лет, у женщин она развивается в 2–3 раза чаще, наиболее высокая заболеваемость – в странах Северной Европы и Скандинавии [3].

### Клиническая картина РПМ

Постановка диагноза РПМ на терапевтическом приеме представляет значительные трудности из-за отсутствия патогномичных признаков заболевания. По мнению А.Ю. Захаровой и соавт., основой установления диагноза РПМ по-прежнему остаются тщательный сбор анамнеза и осмотр пациента [4].

«Визитной карточкой» заболевания является сочетание выраженных болей в проксимальных группах мышц с высоким острофазовым воспалительным ответом. Как правило, это двусторонние, симметричные, чрезвычайно интенсивные боли в мышцах и параартикулярных мягких тканях плечевого (область плечевых суставов и проксимальных отделов плеч) и тазового пояса (область тазобедренных суставов, ягодицы, проксимальные отделы бедер), а нередко и в области шеи, в отсутствие мышечной слабости. Возможно распространение болей на ключицы, верхнюю половину грудной клетки, поясницу, подколенные области, но при этом всегда сохраняется проксимальный (так называемый ризомелический) вариант локализации миалгий. Они постоянные, усиливаются при каждом движении пациента, не стихают даже в ночное время и приводят к нарушению сна. Последнее связано с необходимостью часто менять положение в кровати из-за возобновления болей в тех областях, которые подвержены нагрузке массой тела [1]. Нередко пациенты отмечают, что «боятся пошевелиться по ночам, поскольку все тело пронзает интенсивная боль». Типична мышечная скованность, которая возникает не только в утренние часы в момент пробуждения (пациенты описывают это состояние как «закованность в жесткий корсет»), но и появляется после длительного периода неподвижности [5]. Постоянным признаком РПМ считается ограничение активных и, в меньшей степени, пассивных движений в плечевых и тазобедренных суставах за счет снижения мышечной силы [1]. Выраженный болевой синдром приводит к ограничению самообслуживания и необходимости посторонней помощи при вставании с кровати, одевании и прочих бытовых действиях. Несмотря на столь яркую клиническую картину, при объективном осмотре пораженных областей не удается выявить какой-либо патологии, за исключением незначительной болезненности при пальпации в области бугорков головок плечевых костей и больших вертелов бедренных костей. Как подчеркивает Н.В. Бунчук, типичное явление для РПМ – диссонанс между значительной выраженностью болей и небольшой пальпаторной болезненностью тканей в болезненных зонах [2].

В разгар болезни (в среднем через 2–3 нед.) может присоединиться лихорадка, обычно субфебрильная, при отсутствии катаральных явлений со стороны респираторного тракта. Необходимо подчеркнуть, что повышение температуры при РПМ никогда не наблюдается в первые дни заболевания, т. е. не предшествует типичным болевым ощущениям.

Во время первого приема врачу необходимо получить четкое представление о характере и локализации болей в период дебюта и разгара болезни, убедиться в отсутствии нетипичных симптомов. Установление последовательности появления симптомов РПМ может избавить пациента от ненужного назначения антибактериальных препаратов, поскольку врачом-терапевтом в первую очередь во внимание принимается повышение температуры тела, а «сопутствующие» мышечные и су-

ставные боли трактуются как проявление лихорадочного синдрома.

Вероятно, за столь «коварный» дебют заболевания (достижение апогея болезни за 2–3 нед.) РПМ ранее называли и «сенильной ревматической подагрой» (Bruce W., 1888), и «миалгическим синдромом с системными реакциями» (Kersley G., 1951), и «ризомелическим псевдополиартритом» (Forestier J., Certonciny A., 1953) [2].

После прохождения пика болезни (несколько дней – недель) заболевание может приобрести волнообразное течение с чередованием периодов обострения и затихания болей [2].

Миалгическому синдрому нередко сопутствует периферический, чаще моно- или олигоартрит. Поражаются коленные, лучезапястные или грудино-ключичные суставы, намного реже – мелкие суставы кистей и стоп (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы кистей, плюснефаланговые суставы), при этом симметричность суставного поражения необязательна. Достаточно часто при РПМ обнаруживают одно- или двусторонние субакромиальные/субдельтовидные бурситы. Редко (в 18% случаев) может наблюдаться развитие синдрома запястного канала, однако выраженность парестезий, по сравнению с проксимальными миалгиями, умеренная [2]. Еще реже (до 10%), по данным Н.В. Бунчука, встречаются диффузный умеренно выраженный отек кистей (со сгибательной контрактурой пальцев за счет ладонного фасциита) и поражения сухожилий сгибателей пальцев, полностью купирующиеся на фоне лечения ГК [2].

Практически в каждом случае РПМ наблюдается разная степень выраженности снижения массы тела. При этом быстрое похудание за короткий промежуток времени, пожилой возраст, впервые возникший интенсивный болевой синдром с сохранением боли в ночное время, субфебрилитет, «не отвечающий» на прием антибактериальных препаратов, вкупе с повышением острофазовых показателей крови настраивают врача-терапевта на длительный и напрасный поиск онкологического заболевания.

С началом лечения ГК все конституциональные проявления (лихорадка, общая слабость, снижение аппетита, дальнейшее похудание, тревожное состояние) быстро купируются. Пациенты в течение 1–2 мес. возвращаются к исходной массе тела.

### Диагностика РПМ

Облигатным признаком РПМ, отмечающимся практически у каждого пациента в активной фазе заболевания, является значительное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) выше 40 мм/ч по методу Вестергрена. Кроме того, наблюдается повышение других неспецифических показателей активности РПМ: уровня С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, альфа-2-глобулинов, интерлейкина-6 [2]. Как правило, снижается уровень гемоглобина, но не ниже 90 г/л, анемия носит нормохромный, нормоцитарный характер. В литературе описываются случаи сочетания лейкоцитоза (до  $23 \times 10^9/\text{л}$ ) и тромбоцитоза (до  $640 \times 10^9/\text{л}$ ) у пациентов с РПМ [6], которые, вероятно, носят реактивный характер и снижаются на фоне терапии ГК.

У 16–29% пациентов в активной фазе РПМ отмечается гиперферментемия, в частности, повышение активности щелочной фосфатазы и аспарагиновой трансаминазы [2]. Данные лабораторные изменения быстро нормализуются после начала терапии ГК. Несмотря на развитие при РПМ

проксимального полимиалгического синдрома, повышение сывороточного уровня креатинфосфокиназы (КФК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) не наблюдается. Не характерно обнаружение антинуклеарных и антинейтрофильных цитоплазматических антител, прокальцитонинный тест – отрицательный.

Известно, что нередко РПМ может развиваться одновременно с гигантоклеточным артериитом (ГКА), до или после дебюта системного васкулита. В популяционных исследованиях было показано, что клиника РПМ наблюдается у 40–60% с ГКА, а в 16–21% случаев РПМ присоединяется ГКА [2, 7]. С учетом высокой вероятности представительства обоих заболеваний у одного пациента со стороны лечащего врача требуется особая настороженность в плане своевременной диагностики скрыто протекающего васкулита. В этой связи следует обращать внимание на наличие у пациента жалоб на головные боли, преходящие нарушения жевания или зрения (диплопия, amaurosis fugax).

Неоднократно предпринимались попытки создания диагностических критериев РПМ. На протяжении более трех десятилетий (до 2012 г.) наибольшей популярностью и известностью пользовались критерии Н.А. Bird et al. (1979) [8]. Современные классификационные критерии РПМ, разработанные экспертами Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги в 2012 г., наряду с клиническими и лабораторными признаками включают еще и ультразвуковые критерии (табл. 1) [9]. Специфичность нового диагностического критерия – обнаружение субдельтовидного бурсита у пациента с РПМ – чрезвычайно высока и составляет 99,1% [10].

### Приводим собственное наблюдение

**Пациентка М., 71 год**, самостоятельно обратилась на прием к ревматологу с жалобами на сильные боли, охватывающие область шеи и верхнего плечевого пояса. Боли носили двусторонний, постоянный характер, усиливались при движении, в т. ч. и ночью, при каждом изменении положения тела, кратковременное облегчение состояния приносил прием простых анальгетиков или НПВП. Также беспокоила скованность, наиболее выраженная утром после пробуждения (сохранялась более 1 ч) или любого длительного периода неподвижности. Болевой синдром сопровождался ограничением активных движений в суставах, пациентка нуждалась в посторонней помощи при выполнении элемен-

тарных бытовых и гигиенических действий. Еще одной жалобой было онемение пальцев кистей и трудности при сжатии кистей в кулак. Из конституциональных проявлений обращали на себя внимание повышение температуры тела до 37,5° С (на протяжении последних 4–5 нед.) и похудание на 5 кг за 4 мес.

С 2010 г. наблюдалась у терапевта по поводу двустороннего коксартроза, проводились краткосрочные курсы приема симптоматических препаратов медленного действия (хондроитина сульфат) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Прогрессирующий характер поражения тазобедренных суставов и стойко сохраняющийся болевой синдром стали причиной последовательного проведения тотального эндопротезирования обоих суставов (2013, 2014 г.). В амбулаторных условиях дальнейшее лечение остеоартроза не проводилось.

Резкое ухудшение состояния – с июня 2017 г., когда впервые отметила появления болей в суставах и мышцах верхнего плечевого пояса и области шеи. В течение нескольких недель интенсивность суставно-мышечных болей нарастала, присоединились ночные боли, затруднения при самообслуживании, стала отмечать ежедневное повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Появление онемения пальцев обеих кистей, парестезий (усиливались по ночам) послужило поводом к обращению к неврологу. При обследовании выявлен синдром запястного канала (туннельная нейропатия срединного нерва), носивший двусторонний характер. В июле 2017 г. в условиях травматологического отделения одного из городских стационаров были выполнены пластика карпальной связки левой кисти и невролиз срединного нерва слева. Значимого улучшения самочувствия пациентки в послеоперационном периоде не последовало, было предложено выполнение аналогичного оперативного вмешательства на другой кисти, от проведения которого она отказалась. Следует обратить внимание, что в условиях стационара не было обращено должного внимания на резкое повышение острофазовых показателей крови (СОЭ по методу Вестергрена – 78 мм/ч, СРБ – 53 мг/л).

Интенсивный суставно-мышечный синдром с конституциональными проявлениями, сохранение высокого лабораторного воспалительного ответа, отсутствие эффекта от приема НПВП послужили поводом к обращению пациентки к ревматологу в сентябре 2017 г. При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести, выражение лица страдальческое. Нуждается в посторонней помощи при раздевании. Диффузный отек кистей, кисти с трудом сжимаются в кулак. Выявлено ограничение актив-

**Таблица 1. Предварительные классификационные критерии РПМ (ACR/EULAR, 2012)**

Обязательные критерии: возраст 50 лет и старше + двусторонняя боль в области плечевого пояса + повышение уровня СОЭ и/или СРБ		
Критерий	Подсчет при отсутствии данных УЗИ (0–6 баллов)	Подсчет при наличии данных УЗИ (0–8 баллов)
Утренняя скованность более 45 мин	2	2
Боль в области тазобедренных суставов или ограничение их подвижности	1	1
Отсутствие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)	2	2
Отсутствие поражений (болей) других суставов	1	1
Наличие как минимум одностороннего поддельтовидного бурсита и/или теносиновита двуглавой мышцы плеча, и/или синовита плечевого сустава (заднего или аксиллярного отдела) и как минимум одностороннего синовита тазобедренного сустава, и/или трохантерного бурсита	–	1
Наличие двустороннего поддельтовидного бурсита, теносиновита двуглавой мышцы плеча или синовита плечевых суставов	–	1

*Примечание: для подтверждения диагноза РПМ: 1) при отсутствии данных УЗИ у пациентов, соответствующих обязательным критериям, необходимо набрать минимум 4 балла; 2) при наличии данных УЗИ у пациентов, соответствующих обязательным критериям, необходимо набрать минимум 5 баллов*

ных движений в обоих плечевых суставах, при заведении рук за спину и за голову, болезненность при пальпации в области бугорков головок плечевых костей, лучезапястных суставов. Узелки Гебердена и Бушара в области межфаланговых суставов кистей. Послеоперационные рубцы по передненаружной поверхности обоих бедер. По внутренним органам и системам – без особенностей.

По результатам дообследования: ревматоидный фактор (РФ) – 1,0 Ед/л, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – менее 7 Ед/мл (при верхней границе – до 17). Тиреотропный гормон – 4,02 мМЕ/л (при верхней границе – до 3,4) в отсутствие изменения сывороточного уровня тиреоидных гормонов. В протеинограмме отмечалось повышение содержания альфа-2-глобулинов в отсутствие изменения уровня общего бел-

**Таблица 2. Отличительные признаки заболеваний, с которыми проводится дифференциальная диагностика РПМ**

Заболевание	Отличительные признаки
Ревматоидный артрит	Суставной воспалительный синдром, как правило, с симметричным поражением плечевых, локтевых, лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов кистей, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов (полиартикулярный характер). Обнаружение РФ и АЦЦП в сыворотке крови. На рентгенограммах суставов кистей и стоп – околоуставной остеопороз, сужение суставных щелей, кистовидные просветления головок пястных/плюсневых костей, единичные эрозии. По мере снижения дозы ГК возможно обострение исходно имеющегося артрита или присоединение воспаления новых суставов. С течением времени могут присоединиться внесуставные проявления ревматоидного артрита (ревматоидные узелки, полинейропатия и др.)
Поздние (после 50 лет) спондилоартриты	Типично воспалительное поражение позвоночника. Отличительный признак боли при спондилоартритах – уменьшение интенсивности в момент начала движений при выполнении физических упражнений. Моно- или несимметричный олигоартрит преимущественно нижних конечностей. Возможны энтезиты пяточных областей, дактилиты, передние увеиты и др. Ассоциация с антигеном HLA B27. Обнаружение воспалительных изменений в крестцово-подвздошных сочленениях при проведении магнитно-резонансной томографии. ГК в небольших дозах неэффективны или малоэффективны
Полимиозит	В клинике преобладает выраженная прогрессирующая симметричная мышечная слабость проксимальных отделов конечностей, чем и обусловлено ограничение активных движений и самообслуживания у пациентов с полимиозитом. Повышение уровней КФК и ЛДГ в сыворотке крови. Характерные для полимиозита изменения, выявляемые при проведении игольчатой электромиографии проксимальных мышц верхних/нижних конечностей (короткие, низкоамплитудные, полифазные потенциалы двигательных единиц и спонтанная активность мышечных волокон в состоянии покоя). Нехарактерно значительное повышение СОЭ. В качестве препарата первой линии в лечении полимиозита также используются ГК, но в высоких дозах (преднизолон из расчета 1 мг/кг/сут)
Патология околоуставных мягких тканей плеча (синдром вращательной манжеты плеча, адгезивный капсулит)	Как правило, характерна односторонняя локализация процесса, околоуставная (локальная) боль, пациент может указать точку максимальной боли. Ограничение объема активного движения при относительно нормальном объеме пассивного, в котором принимает участие пораженная структура. Отсутствие конституциональных проявлений (лихорадка, общей слабости, похудания), воспалительных изменений в гемограмме
Фибромиалгия	Генерализованные костно-мышечные боли не только в зонах, характерных для РПМ, но и с распространением на позвоночник, грудную клетку, дистальные отделы конечностей. Значительная длительность болезни с отсутствием пика заболевания. Невыраженное ограничение движений в плечевых или тазобедренных суставах, не приводящее к нарушению самообслуживания. Выявление специфических чувствительных точек (так называемые триггерные точки) при пальпации. Первично нарушение сна, всегда сопутствуют психологические нарушения (тревога, депрессия). Возможно повышение СОЭ в пределах 25–35 мм/ч. Отсутствие клинического и лабораторного эффекта от назначения ГК (преднизолон), даже при повышении дозы препарата до 20–30 мг/сут. Наблюдается положительный эффект от антидепрессантов/антиконвульсантов
Вирусные инфекции	Некоторые вирусные инфекции могут протекать с выраженными и генерализованными миалгиями. Это свойственно вирусу гриппа, Коксаки, Эпштейна – Барр, гепатита В. Миалгии не ограничиваются областью шеи, плечевым и тазовым поясом, а носят генерализованный характер, затрагивая и скелетные мышцы дистальных отделов конечностей. Не наблюдается существенных нарушений движений в суставах. Повышение СОЭ не характерно. Длительность миалгий при этих инфекциях не превышает обычно 1 мес. Эффект ГК – сомнительный
Паранеопластический синдром	Нетипичность клинической картины РПМ. Повышение сывороточного уровня онкомаркеров. Возможно обнаружение образования при проведении инструментальных методов исследования. Реакция со стороны периферических лимфатических узлов. Полного купирования проксимального болевого синдрома, субфебрилитета после назначения традиционной для РПМ дозы ГК не наблюдается, сохраняется повышенной СОЭ. Не отмечается прибавки в массе тела на фоне продолжения лечения ГК
Патология паразитовидных желез (первичный гиперпаратиреоз)	Мышечная слабость в конечностях преобладает над болевым синдромом, может наблюдаться атрофия мышц. Гиперпаратиреодная остеодистрофия характеризуется болями в костях, деформациями, патологическими переломами. Следует обращать внимание на наличие диспепсических расстройств, инсипидарного синдрома, рецидивы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нефролитиаза. СОЭ – в пределах нормы. Характерно повышение уровня кальция и щелочной фосфатазы в сыворотке крови, а также паратгормона. ГК неэффективны
Дефицит витамина D	Клинически может проявляться неопределенными мышечными болями, мышечной слабостью преимущественно проксимальных отделов конечностей, снижением физических возможностей и склонностью к падениям, которая вызвана остеопенией. При очень низком уровне кальция в сыворотке крови возможны судороги. Характерны повышение активности щелочной фосфатазы, снижение уровня кальция и витамина D в крови. Необходимо назначение препаратов витамина D
Множественная миелома	Боли в костях по ходу пораженных позвонков в пояснично-крестцовой области и грудной клетке, реже в длинных трубчатых костях, патологические переломы. Очаги костной деструкции или диффузный остеопороз на рентгенограммах. Гиперкальциемия, гиперпротеинемия, обнаружение М-протеина в сыворотке крови или белка Бенс-Джонса в моче. Кратковременный положительный эффект от назначения ГК. Для подтверждения диагноза требуется проведение стерильной пункции с целью исключения плазмоклеточной инфильтрации костного мозга

ка. Уровни КФК, ЛДГ, трансаминаз, щелочной фосфатазы, кальция оставались в пределах референсных значений. Антинуклеарные антитела не обнаружены.

При проведении УЗИ плечевых суставов выявлены двусторонний синовит плечевых суставов, бурсит сумки подлопаточной мышцы, более выраженный справа.

Таким образом, у пациентки в возрасте старше 50 лет с двусторонними болями в области плечевого пояса и повышением острофазовых показателей крови (обязательные критерии) определялись дополнительные критерии: утренняя скованность более 45 мин (2 балла), отсутствие повышения в сыворотке крови РФ и АЦЦП (2 балла), двусторонний синовит плечевых суставов по результатам УЗИ (1 балл), что позволило расценить это состояние как РПМ.

Дополнительным признаком стал также хороший эффект от приема преднизолона в дозе 15 мг/сут, отмеченный через 3 сут от начала приема ГК.

Недостаточная осведомленность врачей в отношении возможного развития у пожилых пациентов РПМ послужила поводом для поздней верификации диагноза (спустя 4 мес. от дебюта заболевания) и необоснованного проведения хирургического вмешательства. Необходимо также отметить, что диффузный умеренно выраженный отек правой кисти со сгибательной контрактурой пальцев, вероятно, за счет ладонного фасциита и парестезии пальцев полностью купировались на фоне лечения ГК. Спустя 1 мес. от начала терапии ГК наблюдалось снижение уровня СОЭ до 35 мм/ч (по методу Вестергрена) и СРБ до 12 мг/л. Пациентка в течение 1 мес. вернулась к исходной массе тела. Полностью купированы субфебрилитет и артрит периферических суставов, восстановился объем активных движений в суставах, в посторонней помощи не нуждается.

В таблице 2 представлены основные заболевания, которые включаются в круг дифференциально-диагностического поиска при установлении диагноза РПМ, и их отличительные особенности, позволяющие исключить данные состояния.

### Лечение РПМ

При РПМ эффективность НПВП и простых анальгетиков, как правило, недостаточна [11]. Широко применяемые НПВП в средних терапевтических дозах хотя и приводят к уменьшению интенсивности болей, но полностью их не купируют. В отличие от НПВП, ГК (преднизолон или метилпреднизолон в суточной дозе 15 и 12 мг соответственно) приводят к уменьшению выраженности болей уже через 1 сут после начала приема препарата. Такой эффект ГК при РПМ в литературе называют «драматическим», пациенты нередко свое состояние на фоне первых дней приема преднизолона описывают как «второе рождение». По мнению Н.В. Бунчука, «излечивающий» эффект ГК может иметь большее диагностическое значение, чем выявление типичных, но в то же время неспецифических клинических и лабораторных проявлений РПМ в момент первой встречи с пациентом [2]. Полное купирование болевого синдрома ожидаемо, как правило, через 2–3 нед. (рекомендуется в этот период запланировать второй визит пациента к лечащему врачу – в отсутствие указанного эффекта ГК рассмотреть целесообразность проведения дальнейшей дифференциальной диагностики), однако терапия ГК продолжается на протяжении как минимум 1 года.

По мере стихания клинических проявлений РПМ через 4 нед. начинают постепенное снижение дозы ГК по 2,5 мг/мес. (в пересчете на преднизолон) до суммарной дозы 10 мг/сут (так называемый период «индукции ремиссии»). Стартовое снижение дозы преднизолона должно проводиться под обязательным контролем лабораторных данных, в частности уровня СОЭ (не реже 1 р./мес. в первые 3 мес. терапии, далее – с кратностью 1 р./2–3 мес.). В дальнейшем темпы снижения дозы ГК составляют 1 мг в течение 2 мес. вплоть до полной отмены препарата [12, 13]. В случае возникновения рецидива заболевания рекомендуется повысить дозу ГК до последней эффективной, а попытку дальнейшего снижения дозы препарата отложить на срок до 2 мес.

В случае же невозможности снижения дозы преднизолона менее 10 мг/сут из-за частых обострений заболевания или при развитии серьезных нежелательных реакций на фоне терапии ГК к лечению добавляется метотрексат, обладающий стероидсберегающим эффектом, в дозе 10 мг/нед. (перорально, внутримышечно или подкожно) [12, 13].

Таким образом, типичная клиническая картина, выраженный эффект небольших доз преднизолона являются своеобразной «визитной карточкой» РПМ, однако диагностика данного заболевания не всегда своевременна. Вероятно, будет уместным процитировать швейцарского педиатра Г. Фанкони: «Редкие болезни остаются редкими, пока они малоизвестны».

### Литература

1. Оттева Э.Н., Островский А.Б. Ревматическая полимиалгия: от эпидемиологии до перспектив лечения // Практическая медицина. 2015. Т. 2. № 3 (88). С. 88–93 [Otteva E.N., Ostrovskii A. B. Rheumaticheskaya polymyalgia: ot epidemiologii do perspective lechenia // Prachicheskaya medicina. 2015. T. 2. № 3 (88). S. 88–93 (in Russian)].
2. Бунчук Н.В. Ревматические заболевания пожилых (избранное). М.: МЕДпресс-информ, 2010. С. 87–136 [Bunchuk N.V. Rheumaticheskie zabolevaniya pozhillih (izbrannoe). M.: MEDpress-inform, 2010. S. 87–136 (in Russian)].
3. Барт Б.Я., Кудина Е.В., Ларина В.Н. Клиническое наблюдение ревматической полимиалгии // Клиническая медицина. 2015. № 4 (93). С. 74–78 [Bart B.Y., Kudina E.V., Larina V.N. Klinicheskoe nabludenie rheumaticheskoi polymyalgia // Clinicheskaya medicina. 2015. № 4 (93). S. 74–78 (in Russian)].
4. Захарова А.Ю., Симонова Н.О., Мутovina З.Ю. и др. Дифференциальная диагностика ревматической полимиалгии // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2013. № 3. С. 135–138 [Zaharova A.U., Simonova N.O., Mutovina Z.U. i dr. Differentsialnaya diagnostika rheumaticheskoi polymyalgia // Kremlevskaya medicina. Clinicheskii vestnik. 2013. № 3. S. 135–138 (in Russian)].
5. Шостак Н.А. Миалгии: подходы к дифференциальной диагностике, лечение // Современная ревматология. 2013. № 3. С. 21–24 [Shostak N.A. Mialgii: podhodi k differentsialnoi diagnostic, lechenie // Sovremennaya rheumatologiya. 2013. № 3. S. 21–24 (in Russian)].
6. Бычкова Л.В., Воронцова К.О., Новоженова Ю.В., Тришина В.В. Особенности лабораторной диагностики ревматической полимиалгии // Лабораторная служба. 2016. № 5 (2). С. 47–48 [Bichkova L.V., Voroncova K.O., Novozhenova U.V. Osobtnosti laboratornoi diagnostiki rheumaticheskoi polymyalgia // Laboratornaya sluzhba. 2016. № 5 (2). S. 47–48 (in Russian)].
7. Salvarani C., Macchioni L., Boiardi L. Polymyalgia rheumatica // Lancet. 2008. Vol. 372. P. 234–245.
8. Bird H.A., Esselinx W., Dixon A.S. et al. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatic // Ann. Rheum. Dis. 1979. Vol. 38. P. 434–439.
9. Dasgupta B., Cimmino Marco A., Hilal Maradit-Kremers et al. 2012 provisional criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Rheumatism/American College of Rheumatology collaboration initiative // Ann. Rheum. Dis. 2012. Vol. 71. P. 484–492.
10. Cantini F., Salvarani C., Olivieri I. et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case-control study // J. Rheumatol. 2001. Vol. 28. P. 1049–1055.
11. Ватутин Н.Т., Смирнова А.С., Тарадин Г.Г., Эль-Хатиб М.А. Обзор рекомендаций по лечению ревматической полимиалгии (EULAR/ACR 2015) // Архив внутренней медицины. 2016. № 1(27). С. 3–5 [Vatutin N.T., Smirnova A.S., Taradin G.G., El-Hatib M.A. Obzor rekomendatsii po lecheniu rheumaticheskoi polymyalgii (EULAR/ACR 2015). Archiv vnutrennei medicini. 2016. № 1(27). S. 3–5 (in Russian)].
12. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 205–210 [Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii. Rheumatologia / pod red. E.L. Nasonova. M.: GEOTAR-Media, 2017. S. 205–210 (in Russian)].
13. DeJaco C., Singh Y., Perel P. et al. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism. American College of Rheumatology collaborative initiative // Ann. Rheum. Dis. 2015. Vol. 74. P. 1799–1807.