

УДК 616-035.2

**ТРУДНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ
ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ
ПОЛИМИАЛГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Каменева Елена Сергеевна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Белозерова Наталья Павловна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Тихомирова Надежда Юрьевна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Вардосанидзе Важа Шалвович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Голубенко Евгений Александрович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Ершова Светлана Валерьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Статья посвящена проблеме своевременной диагно-
стики и лечения ревматической полимиалгии, пред-
ставлены клинические примеры пациентов ревмато-
логического центра поликлиники СКАЛ Краевой
клинической больницы № 2.

Ключевые слова: РЕВМАТИЧЕСКАЯ
ПОЛИМИАЛГИЯ, ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ,
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ,
ОСТРОФАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

UDC 616-035.2

**DIFFICULTIES OF TIMELY
DIAGNOSTICS OF RHEUMATIC
POLYMYALGIA IN CLINICAL
PRACTICE**

Kameneva Elena Sergeevna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Belozerova Natalia Pavlovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Tikhomirova Nadejda Yurievna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Vardosanidze Vaja Shalvovich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;

Golubenko Evgeniy Alexandrovich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;

Ershova Svetlana Valerievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;

The article is devoted to the problem of timely di-
agnosis and treatment of polymyalgia rheumatica,
clinical examples of patients of the rheumatologi-
cal center of the SKOT polyclinic of the Regional
Clinical Hospital No. 2 are presented.

Key words: POLYMYALGIA RHEUMATICA,
GLUCOCORTICOIDS, PARANEOPLASTY
SYNDROME, ACUTE PHASE PARAMETERS

Введение

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание костно-мышечной системы, которое развивается у лиц пожилого возраста и характеризуется интенсивными симметричными болями и скованностью мышц плечевого и/или тазового пояса, шеи, системными проявлениями (лихорадка, похудение), сопровождается повышением острофазовых показателей крови [1, 2]. Системное воспалительное заболевание РПМ часто сочетается с гигантоклеточным артериитом (ГКА). Эти патологии являются распространенными ревматологическими заболеваниями среди лиц пожилого возраста, отмечается значительное запаздывание в их диагностике и лечении [3, 4].

Патогенетические механизмы РПМ недостаточно изучены. Системная воспалительная реакция характеризуется развитием синовита плечевых и/или тазобедренных суставов, а также теносиновита бицепсов, субакромиального и субдельтовидного, подвздошно-поясничного бурсита и бурситов трохантеров. Эта группа заболеваний сопровождается выраженной болью и скованностью в области плечевого и/или тазового пояса [5, 6]. Шейные и поясничные межпозвонковые бурситы являются характерными для РПМ, что приводит к боли и ригидности в поясничном и шейном отделах позвоночника, синовиты обычно слабо выражены.

Классические критерии диагностики:

- двусторонняя боль и/или скованность в плечевых суставах;
- достижение пика заболевания в течение менее двух недель;
- СОЭ в начале болезни – более 40 мм/ч;
- длительность утренней скованности – более одного часа;
- возраст дебюта заболевания – старше 65 лет;
- депрессия и/или снижение массы тела;

- двусторонняя болезненность верхних конечностей.

Диагноз РПМ достоверен при наличии не менее трех любых признаков.

Классификационные критерии РПМ ACR/EULAR 2012 предполагают возможность оценки с ультразвуковыми критериями и без них (таблица 1).

Таблица 1 – Классификационные критерии ревматической полимиалгии ACR/EULAR 2012

Критерий	Баллы	
	без УЗ-критериев (0–6 баллов)	с УЗ-критериями (0–8 баллов)
Утренняя скованность >45 мин	2	2
Боль в тазобедренных суставах или ограничение диапазона движений	1	1
Отсутствие РФ и АЦЦП*	2	2
Отсутствие вовлечения других суставов	1	1
УЗ-критерии: одно плечо – субдельтовидным бурситом, и/или тендовагинитом бицепса, и/или синовитом плечевого сустава (заднего или подмышечного); синовит, по крайней мере, одного тазобедренного сустава и/или трохантерный бурсит	-	1
Оба плеча – поддельтовидным бурситом, тендовагинитом бицепса или синовитом плечевого сустава	-	1
* – РФ – ревматоидный фактор, АЦЦП – антитела к циклическому цитруллинированному пептиду.		

Обязательное условие для постановки диагноза РПМ: возраст 50 лет и старше, двусторонние боли в плечах, повышение СОЭ и/или уровня С-реактивного белка (СРБ). Оценка производится следующим образом: счет ≥ 4 баллов классифицируется как РПМ при алгоритме без УЗ-критериев; ≥ 5 баллов – РПМ при алгоритме с УЗ-критериями [7, 8].

В работе представлены клинические случаи РПМ у пациентов ревматологического центра поликлиники СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2), сложности своевременной постановки диагноза и

начала адекватной терапии в реальной клинической практике, а также приведены примеры плана динамического наблюдения за пациентами после постановки диагноза.

Описание клинических случаев

Пациент С. В. П., 79 лет, был направлен в ревматологический центр поликлиники СКАЛ ККБ № 2 в декабре 2022 г. с жалобами на: боль в мелких суставах кистей, мышцах плечевого пояса, голених (согласно визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 50 мм), онемение стоп, жгучие боли в кистях, боль и утреннюю скованность в мелких суставах кистей до 15 мин.

Пациент считает себя больным с сентября 2022 г., когда без видимой причины появилась жгучая боль в кистях, нижних конечностях, мышцах плечевого пояса. В ноябре 2022 г. проходил лечение у невролога с диагнозом: полисегментарный остеохондроз, синдром цервикалгии, мышечно-тонический синдром, хроническое рецидивирующее течение. Полиневропатия верхних и нижних конечностей, сенсорные нарушения.

При лечении пациента использовали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) с незначительным положительным эффектом. Результаты лабораторного исследования от 16.11.22: СРБ – 30 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 14,2 МЕ/мл, в общем анализе крови (ОАК) содержание эритроцитов – $3,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина – 11,2 г/дл., в остальном – без патологии, СОЭ – 38 мм/ч.

В связи с сохраняющимися жалобами на жжение в теле к терапии добавлен дексаметазон 4 мг/мл внутривенно струйно один раз в день № 5. На фоне терапии пациент отметил выраженный клинический эффект (уменьшение боли в мышцах плечевого пояса, кистях).

В лабораторном исследовании от 21.12.22 – общий анализ крови (эритроциты – $3,98 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 12,5 г/дл., в остальном – без патологии), СРБ – 1,5 мг/л, мочевая кислота – 287 мкмоль/л, креатинфосфокиназа (КФК)

– 68 Ед./л, креатинфосфокиназа в миокарде (КФК МВ) – 14 Ед./л, РФ – 10 МЕ/мл.

Пациент после прекращения курса лечения дексаметазоном вновь отметил нарастание боли в мышцах плечевого пояса и мелких суставах кистей. С подозрением на ревматическую полимиалгию в декабре 2022 г. он был направлен к ревматологу. При физикальном обследовании специалиста: положительный симптом сжатия кистей, болезненность при пальпации плечевых суставов, ограничение активных движений в них.

При лабораторном исследовании от 27.12.22: антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – менее 0,5 Ед./мл, СРБ – 3,9 мг/л, аспаратаминотрансфераза (АСТ) – 35 Ед./л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 37 Ед./л, ОАК – без патологии, СОЭ – 10 мм/ч.

Результаты рентгенографии кистей в прямой проекции от 27.12.22: признаки деформирующего артроза 2 ст. межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных суставов. Был верифицирован диагноз ревматическая полимиалгия и рекомендован прием глюкокортикостероидов (ГКС) – преднизолон – 15 мг/сут, ингибиторов протонной помпы (ИПП) и препаратов кальция и витамина Д с хорошим клиническим ответом в виде снижения интенсивности суставного болевого синдрома в мелких суставах кистей (до 30 мм по ВАШ), плечевых суставах, а также скованности в мышцах плечевого пояса.

Пациентка П. Н. С., 73 года, обратилась на прием к ревматологу в августе 2019 г. в связи с жалобами на боль в плечевых и коленных суставах, мелких суставах кистей, слабость в мышцах верхних и нижних конечностей. Пациентка считает себя больной с апреля 2019 г., когда без видимой причины отметила появление вышеперечисленных жалоб. Результаты объективного обследования: положительный симптом сжатия кистей, болезненность при пальпации коленных и плечевых суставов. По данным дообсле-

дования от 22.08.19: ОАК (гемоглобин – 103 г/л, в остальном – без патологии); СОЭ – 60 мм/ч; СРБ – 78,57 мг/л; РФ – 9,8 МЕ/мл; АЛТ, АСТ; креатинин – норма; рентгенография коленных суставов – признаки остеоартроза 1–2 ст.

По КТ органов грудной клетки от 12.07.19 – признаков объемного образования и воспалительного поражения не выявлено. УЗИ органов брюшной полости – признаки гемангиом печени. Фиброколоноскопия (ФКС) от 10.08.19 – катаральный колит. Для исключения ревматоидного артрита было назначено дообследование: антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – менее 7 Ед./мл (норма менее 17), ОАК (эритроциты $3,64 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 103 г/л), СОЭ – 60 мм/ч, маркеры гепатита В и С – отрицательные.

У пациентки верифицирован диагноз ревматическая полимиалгия, рекомендовано начать прием метилпреднизолона – 12 мг/сут, ингибиторов протонной помпы, препаратов кальция и витамина Д. При повторном осмотре в октябре 2019 г. пациентка активных жалоб не предъявляла, по данным лабораторного исследования от 08.10.19: ОАК (гемоглобин – 12,4 г/дл, в остальном – без патологии), СОЭ – 22 мм/ч, АЛТ, АСТ, креатинин – норма, СРБ – 9,03 мг/л, РФ – 14,1 МЕ/мл.

Пациентке было рекомендовано продолжить прием метилпреднизолона с постепенным снижением дозы по схеме, а также ингибиторов протонной помпы, препаратов кальция и витамина Д. При повторном осмотре в январе 2020 г. активных жалоб не предъявляла, по результатам лабораторного исследования от 14.01.20: ОАК, общий анализ мочи (ОАМ) – без патологии, СОЭ – 15 мм/ч, СРБ – 0,1 мг/л, АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза – норма.

На фоне снижения дозы метилпреднизолона с постепенной его отменой пациентка отметила нарастание болевого синдрома в мышцах верхнего плечевого пояса, максимум болевого синдрома с декабря 2020 г. Дообследована

от 19.01.21: ОАК, биохимический анализ крови (БАК): АЛТ, АСТ, креатинин; ОАМ – без патологии, СРБ – 6,5 мг/л, витамин Д – 21,07 нг/мл, кальций ионизированный – 1,55 ммоль/л (норма 1,16–1,32 ммоль/л). С января 2021 г. возобновила прием метилпреднизолона в дозе 12 мг/сут с положительным эффектом.

При дообследовании у эндокринолога в связи с гиперкальциемией была выявлена аденома паращитовидных желез слева. В сентябре 2021 г. проведена паратиреоидэктомия слева. При динамическом наблюдении у ревматолога в ноябре 2021 г. на фоне приема 4 мг метилпреднизолона активных жалоб не предъявляла. Лабораторные данные от 03.11.21: ОАК (лейкоциты, эритроциты, тромбоциты), АЛТ, АСТ, креатинин – норма, СРБ – 0,86 мг/л. Было рекомендовано постепенное снижение дозы метилпреднизолона по схеме до полной отмены. При динамическом наблюдении у ревматолога в сентябре 2022 г. на фоне полной отмены метилпреднизолона самочувствие нормальное, отклонения от нормы лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, креатинин, СОЭ, СРБ) не выявлены.

Обсуждение

На примере данных клинических случаев проиллюстрированы такие «типичные» проявления ревматической полимиалгии, как боль в мышцах плечевого пояса, повышение острофазовых показателей, возраст начала болезни старше 50 лет.

Для улучшения диагностики РПМ ACR/EULAR в 2012 г. были предложены классификационные критерии, согласно которым диагноз верифицируется при наличии четырех баллов и более [9]. В связи с низкой осведомленностью врачей в отношении возможного развития у пожилых пациентов РПМ послужила поводом для поздней верификации диагноза: в первом случае прошло 4 мес до этого момента, а во втором случае – 5 мес.

Лечение пациентов с РПМ должно проводиться врачом-ревматологом. Основное место в нем занимает медикаментозная терапия глюкокортикоидными гормонами, применение которых, как правило, приводит к очень быстрому (в течение нескольких дней) улучшению состояния. Для снижения кумулятивной дозы глюкокортикоидных гормонов возможно назначение метотрексата как стероидсберегающего средства в дозе 10–15 мг/нед внутрь или парентерально [10]. В приведенных случаях лечение глюкокортикоидными гормонами было эффективным.

Дифференциальная диагностика РПМ проводится с ранним периодом ревматоидного артрита и другими артритами, системными заболеваниями соединительной ткани, фибромиалгией, остеоартрозом, неврологическими заболеваниями, инфекциями, депрессией. Особое значение для лиц старшей возрастной группы имеет проведение дифференциального диагноза с новообразованиями [11].

Так, у 10–15 % пациентов со злокачественными новообразованиями наблюдают: паранеопластические синдромы, которые нередко имитируют известные нозологические формы (дерматомиозит, полимиозит, системную склеродермию, ревматоидный артрит, ревматическую полимиалгию и др.). На примере второго клинического случая симптомы ревматической полимиалгии были отмечены за два года до выявления аденомы паращитовидной железы.

Заключение

Повышение информированности врачей первичного звена в отношении клинико-лабораторных проявлений ревматической полимиалгии (возраст пациентов ≥ 50 лет, двусторонняя боль в плечах, увеличенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ), повышенный уровень СРБ) позволит ускорить процесс постановки верного диагноза и начать адекватное лечение.

При проведении дифференциальной диагностики, а также в плане динамического наблюдения за пациентами с РПМ следует уделять внимание скринингу онкологической патологии.

Список литературы

1. *Оттева Э. Н.* Ревматическая полимиалгия: от эпидемиологии до перспектив лечения / Э. Н. Оттева, А. Б. Островский // Практическая медицина. – 2015. – Т. 2, № 3 (88). – С. 88–93 [Otteva E. N., Ostrovskii A. B. Rheumaticheskaya polymyalgia: otepidemiologii do perspective lechenia // Practicheskaya medicina. – 2015. – Т. 2, № 3 (88). – S. 88–93 (in Russian)].
2. Особенности лабораторной диагностики ревматической полимиалгии / Л. В. Бычкова, К. О. Воронцова, Ю. В. Новоженова, В. В. Тришина // Лабораторная служба. – 2016. – № 5 (2). – С. 47–48 [Bichkova L. V., Voroncova K. O. Novozhenova U. V. Osobtnnosti laboratornoi diagnostici rheumaticheskoi polymyalgia // Laboratornaya sluzhba. – 2016. – № 5 (2). – S. 47–48 (in Russian)].
3. *Бунчук Н. В.* Ревматические заболевания пожилых (избранное) / Н. В. Бунчук. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – С. 87–136 [Bunchuk N. V. Rheumaticheskie zabolevania pozhilikh (izbrannoe). – М.: MEDpress-inform, 2010. – S. 87–136 (in Russian)].
4. *Барт Б. Я.* Клиническое наблюдение ревматической полимиалгии / Б. Я. Барт, Е. В. Кудина, В. Н. Ларина // 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)].
5. Дифференциальная диагностика ревматической полимиалгии / А. Ю. Захарова, Н. О. Симонова, З. Ю. Мутовина и др. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013. – № 3. – С. 135–138 [Zaharova A. U., Simonova N. O., Mutovina Z. U. idr. Differencialnaya diagnostic rheumaticheskoi polymyalgia // Cremlevskaya medicina. Clinicheskii vestnik. – 2013. – № 3. – S. 135–138 (in Russian)].
6. *Шостак Н. А.* Миалгии: подходы к дифференциальной диагностике, лечение / Н. А. Шостак // Современная ревматология. – 2013. – № 3. – С. 21–24 [Shostak N. A. Mialgii: podhodi k differencialnoi diagnostic, lechenie // Sovremennaya rheumatologiya. – 2013. – № 3. – S. 21–24 (in Russian)].
7. Provisional criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Rheumatism/American College of Rheumatology collaboration initiative / B. Dasgupta, A. Cimmino Marco, Hilal Maradit-Kremers et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2012. – Vol. 71. – P. 484–492.
8. Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism. American College of Rheumatology collaborative initiative / C. Dejaco, Y. Singh, P. Perel et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2015. – Vol. 74. – P. 1799–1807.
9. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 205–210 [Rossiiskie klinicheskie rekomendacii. Rheumatologia / pod red. E. L. Nasonova. – М.: GEOTAR-Media, 2017. – S. 205–210 (in Russian)].

10. Обзор рекомендаций по лечению ревматической полимиалгии (EULAR/ACR 2015) / *Н. Т. Ватутин, А. С. Смирнова, Г. Г. Тарадин, М. А. Эль-Хатиб* // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 1 (27). – С. 3–5 [Vatutin N. T. Smirnova A. S., Taradin G. G., El'-Hatib M. A. Obzor rekomendacii po lecheniu rheumaticheskoi polymyalgii (EULAR/ACR 2015). Archiv vnutrennei medicini. – 2016. – № 1(27). – S. 3–5 (in Russian)].
11. *Королев М. А.* Ревматическая полимиалгия на фоне аденокарциномы простаты / *М. А. Королев, Е. А. Летягина, Н. Е. Банщикова* // Клиническая медицина. – 2020. – № 2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmaticheskaya-polimialgiya-na-fone-adenokartsinomu-prostaty> (дата обращения: 22.03.2023).