

---

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ

Л.В. Бычкова<sup>1</sup>, Н.В. Кобелевская<sup>1</sup>, К.О. Воронцова<sup>1</sup>,  
А.И. Кондратенко<sup>2</sup>, Т.Ю. Оверченко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

<sup>2</sup>Городская клиническая больница имени С.С. Юдина, Москва, Россия

Ревматическая полимиалгия — достаточно редкое заболевание, диагноз ставится с трудом в связи с отсутствием специфических лабораторных показателей, указывающих на нее, а также со схожестью клинической картины с такими заболеваниями как двусторонний плече-лопаточный периартрит, полимиозит, узелковый периартериит, онкологические заболевания, миеломная болезнь. В ряде случаев при высокой лихорадке ревматическую полимиалгию приходится дифференцировать с сепсисом или туберкулезом; при суставном синдроме — с бруцеллезом, токсоплазмозом, артритом челюстного сустава, челюстно-лицевой невралгией. В лабораторных показателях — признаки воспаления. Быстрый ответ на лечение преднизолоном (в течение 2—3-х суток) подтверждает диагноз.

**Ключевые слова:** артралгии, миалгии, лихорадка, преднизолон, глюкокортикоиды, опорно-двигательный аппарат, гигантоклеточный артериит, нестероидные противовоспалительные препараты, пожилой возраст, ремиссия

Ревматическая полимиалгия — воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся сильными болями стереотипной локализации (область шеи, плечевой и тазовый пояс), нарушениями движений, значительным повышением лабораторных показателей воспаления, а также наступлением ремиссии при назначении глюкокортикоидов в небольших дозах.

Выделяют «изолированную» ревматическую полимиалгию и ревматическую полимиалгию, сочетающуюся с гигантоклеточным артериитом [4; 8; 10].

Варианты течения ревматической полимиалгии:

— стероиднезависимый, при котором все типичные клинические проявления заболевания купируются НПВС;

— торпидный, когда стандартная доза преднизолона не приводит к полному устранению миалгий, хотя заметно уменьшает их выраженность; увеличение дозы препарата до 25 мг дает положительный, но неполный эффект;

— «немой» вариант характеризуется отсутствием миалгического синдрома, проявляется астенией, депрессией, лабораторными находками;

— классический, когда полимиалгия сочетается с артритами и височным артериитом;

— изолированный, то есть без височного артериита и без поражения суставов.

Ревматическую полимиалгию следует отнести к числу трудных диагнозов. Начинается ревматическая полимиалгия исключительно в пожилом возрасте, развивается почти всегда у физически крепких людей без серьезных соматических расстройств и в 2—3 раза чаще у женщин, чем у мужчин [1; 2; 6].

Этиология заболевания неизвестна. Предполагается роль вирусной или бактериальной инфекции. Полагают, что заболевание вызывают некоторые типы пневмококка и parvovirus-инфекция. Известно, что вирусы способствуют появлению

воспалительной реакции с гигантскими клетками, подобными тем, что встречаются при височном артериите. В 40% случаев артериита у больных обнаружен вирус парагриппа типа 1. Кроме того, при темпоральном артериите в сосудистой стенке у многих больных обнаружены *Chlamydia pneumoniae*, что позволило расценивать их в качестве возбудителя заболевания. Возможна роль стрессовых ситуаций, переохлаждения. Описаны случаи возникновения ревматической полимиалгии вслед за вакцинацией от гриппа. В последние годы большое значение стали придавать экологическому фактору. Доказана наследственная предрасположенность к этому заболеванию [3; 5; 11].

Патогенез ревматической полимиалгии также остается загадкой. Несомненно участие иммунной системы, хотя ни стойких дефектов иммунного ответа, ни специфических антител не выявлено.

В клинической картине отмечается симметричное поражение плечевых, тазобедренных суставов, а также шейных, что встречается за несколько лет до развития развернутой картины заболевания. В 100% случаев поражения симметричны, хотя в самом начале возможна односторонность поражения. Боли могут возникать и в других областях опорно-двигательного аппарата (бедрах, голених, ягодицах, спине, даже в предплечьях), но не столь закономерно. Можно отметить такие особенности суставного синдрома:

- слабая выраженность признаков локального воспаления;
- быстрое стихание артрита на фоне лечения преднизолоном;
- отсутствие рентгенологических изменений со стороны суставов — небольшое число пораженных суставов у одного больного.

Ревматическая полимиалгия начинается остро, с лихорадки, не поддающейся снижению после применения жаропонижающих средств, антибактериальных препаратов. У некоторых больных длительная лихорадка (недели и даже месяцы) может быть основным или единственным проявлением заболевания, особенно когда оно начинается с височного артериита [9].

Состояние больных прогрессивно ухудшается, нарастает выраженная слабость (из-за чего больные с трудом передвигаются). У ряда больных мышечная слабость отсутствует вообще. Нет ни атрофий, ни инфильтраций в мышцах плечевого и тазового пояса. Исчезает аппетит, больные за 1—2 месяца могут потерять в весе до 10 и более кг.

Клинические признаки ревматической полимиалгии (болевого синдрома) очень важны для диагностики, однако ориентироваться только на клинику нельзя: возможны грубые диагностические ошибки!

Также нередко несвоевременно диагностируется височный артериит: течение васкулита нередко бывает малосимптомным, скрытым, так что выявляется лишь при целенаправленном распросе и осмотре. Наиболее характерный признак заболевания — резкое и стойкое ускорение СОЭ: 50—70 мм/час и выше. Это не только важный диагностический признак: именно на динамику СОЭ должны ориентироваться при проведении лечения. Выявляются и другие лабораторные критерии воспаления: СРП, высокий фибриноген, повышаются белки острой фазы, а также уровень сиаловых кислот, серомукоида. Может снижаться содержание гемоглобина и эритроцитов в крови. Часто в клиническом анализе крови выявляется лей-

коцитоз. У некоторых больных наблюдается повышение уровня трансаминаз, выявляется протеинурия.

Для постановки диагноза «ревматическая полимиалгия» требуется дополнительное обследование: проверка ревматоидного фактора, LE-клеток, уровня КФК, АСТ, щелочной фосфатазы, кальция, фосфора, мочевой кислоты в крови, креатининурии, электромиографии, рентгенографии суставов, биопсии мышц и/или височных и других артерий, цветового дуплексного сканирования крупных сосудов, а нередко и полного онкологического обследования, в частности, исключения миеломной болезни (приходится проводить стерильную пункцию).

Лечение ревматической полимиалгии осуществляется преднизолоном. Больные «оживают» уже на следующий день после приема небольших доз преднизолона, а через 2—4 недели наступает клиничко-лабораторная ремиссия заболевания. Стандартная доза преднизолона — 15 мг/сут., причем она должна распределяться равномерно по 5 мг 3 раза в день.

#### **Клинический случай**

Больная А., 68 лет, находилась на обследовании и лечении в стационаре с 10.11.2015 г. по 17.12.2015 г.

Поступала с жалобами на повышение температуры тела до 38,4 °С, слабость, отсутствие аппетита, снижение веса — до 6 кг в течение последнего месяца; на болезненность в тазобедренных суставах с обеих сторон, на мышечную слабость в нижних конечностях, что затрудняло передвижение больной, на проблемы при вставании с кровати по утрам из-за скованности в тазобедренных суставах.

Заболела остро 19.10.2015 г., когда без видимых причин повысилась температура тела до 39 °С, принимала жаропонижающие средства без эффекта, с 03.11.15 г. по 10.11.15 г. по совету участкового терапевта был присоединен болицин по 400 мг 2 раза в день. Улучшения самочувствия не наблюдалось, у больной появились вышеуказанные жалобы, в связи с чем и была госпитализирована.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены, не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Мелкие и крупные суставы без видимых изменений. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, ЧСС — 78 ударов в 1 мин, АД — 130/80 мм рт. ст. Язык черного цвета, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Патологических рефлексов со стороны 12 пар черепно-мозговых нервов нет. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

При поступлении в связи с выявленной умеренной дилатацией ЧЛС справа, лейкоцитозом до 19 тыс., лихорадкой была госпитализирована в урологическое отделение, где провела 7 дней — данных за урологическую патологию не обнаружено.

Больная была переведена в терапевтическое отделение для уточнения диагноза и коррекции терапии, где было обращено внимание на снижение уровня гемоглобина до 96 г/л, лейкоцитоз до 23 тыс., тромбоцитоз — 546 тыс., СОЭ — 50 мм/ч от 17.11.15 г. В биохимическом анализе крови от 17.11.15 г. высокий уровень СРБ — 322,0 мг/л., небольшое повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции. Остальные показатели — без отклонений от нормы (общий белок и белковые фракции, креатинин, мочевая кислота, натрий, калий, хлор, кальций, сахар; про-кальцитонин — отр.).

Учитывая длительную лихорадку, не поддающуюся терапии антибактериальными препаратами (ципрофлоксацин в/в капельно по 400 мг × 2 раза в день), высокое СОЭ, болезненность в вышеуказанных суставах с последующим присоединением болей в бедренных костях проводился дифференциальный диагноз между онкопроцессом, миеломной болезнью в первую очередь, а также параллельно исключали наличие инфекционных заболеваний.

16.11.15 г. Компьютерная томография брюшной полости с болюсным контрастированием — патологии не выявлено.

16.11.15 г. Р-графия органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

16.11.15 г. Обзорная рентгенография забрюшинного пространства, почек, мочеточников — без особенностей.

23.11.15 г. ЭГДС: Эрозивный гастрит.

24.11.15 г. Диагностическая колоноскопия — патологии не выявлено.

01.12.15 г. Выполнена стеральная пункция — данных за миеломную болезнь не получено.

05.12.15 г. УЗИ почек, надпочечников, забрюшинного пространства: картина мочекаменной болезни, кист обеих почек.

05.12.15 г. Стеральная пункция. Результаты стеральной пункции: данных за миеломную болезнь не получено.

17.11.15 г. Компьютерная томография брюшной полости — патологии не выявлено. 11.12.15 г. Компьютерная томография грудной полости — патологии не выявлено.

20.11.15 г. Результаты диагностики инфекций: Varicella-Zoster Virus IgG 2070.00; Epstein-Barr Virus IgG 0.30; Varicella-Zoster Virus IgM 0.28; Epstein-Barr Virus IgM менее 0.20 отр.; Chlamidia trachomatis G 1.10; Chlamidia trachomatis A 1.96; Chlamidia pneumonia M 0.14; Chlamidia pneumonia A 0.24; Chlamidia pneumonia G 46.19; Mycoplasma pneumonia M 0.70; Mycoplasma pneumonia G 6.83; Mycoplasma pneumonia A 0.12; Borrelia M 16.20; Borrelia G менее 5.00; РПГА с сальмонеллезным диагн. О-комплекс отр.; РПГА с сальмонеллезным диагн. VI отр.; Brucella IgM менее 5.00; Brucella IgG менее 5.00; РНГА с сыпнотифозным диагн. отр; ГПГА с диагн. дизентерии Sonnie отр.; ГПГА с диагн. дизентерии Flexner отр.;

25.11.15 г. Исследование крови на малярию: не обнаружено.

Больная осмотрена хирургом, гинекологом, инфекционистом — данных за хирургическую, гинекологическую патологию не найдено, данных за инфекционное заболевание нет.

Таким образом, предполагаемые «рабочие диагнозы» были отвергнуты.

Учитывая длительную лихорадку (более месяца), острое начало заболевания, возраст больной, симметричные боли в тазобедренных суставах, выраженную слабость, отсутствие аппетита, потерю в весе около 10 кг за время болезни, высокий уровень СРБ, лейкоцитоз, СОЭ до 50 мм/ч, отсутствие данных за онкопроцесс был поставлен диагноз ревматической полимиалгии.

Больным с ревматической полимиалгией рекомендуется назначать глюкокортикоиды в малых дозах по 10—15 мг/сутки в течение месяца с последующим снижением.

Так как у больной, по данным обследования, имел место эрозивный гастрит, то от назначения преднизолона в таблетированном виде было решено отказаться, начата терапия раствором преднизолона — 75 мг в/м, на который через 12 часов резко понизилась температура тела до 34 °С. При титровании дозы преднизолона

остановились на 37,5 мг, которую больная хорошо переносила, Т тела стойко сохранялась нормальной в пределах 36,5—36,8 °С. При наблюдении за больной в стационаре в течение 2-х недель у нее значительно уменьшилась слабость, появился аппетит, практически исчезла болезненность в суставах.

После проведенной противоязвенной терапии, по данным ЭГДС от 15.12.15 г., эрозий в желудке не обнаружено. Больная была переведена на пероральный прием преднизолона: 10 мг — после завтрака и 5 мг после обеда.

17.12.15 г. больная выписана из стационара с рекомендациями продолжить прием ПЗ до 1,5 месяцев в суточной дозе 10 мг. Рекомендовано наблюдение у ревматолога.

Через месяц после выписки больная была приглашена на прием: самочувствие удовлетворительное, лабораторные данные в пределах нормы, температура тела стойко нормальная. С диагнозом ревматической полимиалгии наблюдается в Ревматологическом центре, где ПЗ заменен на метипред — 8 мг/сутки.

Особенность случая заключалась в трудности постановки диагноза в связи с отсутствием поражения суставов типичной локализации и невозможностью назначить больной глюкокортикоиды per os из-за эрозивного гастрита с начала лечения.

Мгновенный ответ на прием ПЗ еще более подтвердил диагноз.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- [1] Бунчук Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. М.: Эрус, 1992. С. 12—25.
- [2] Глазунов А.В., Жилиев Е.В., Толдиева Ф.А. Ревматическая полимиалгия и височный артериит // Клиническая геронтология: ежеквартальный научно-практический журнал. 2006. Т. 12. № 2. С. 34—46.
- [3] Насонов Е.Л., Чичасова Н.В. Глюкокортикоиды при ревматоидном артрите: за и против // РМЖ. 2004. Т. 12. № 6 (206). С. 408—411.
- [4] Оттева Э.Н., Зоткин Е.Г. Ревматическая полимиалгия: клиническая картина и мониторинг // Российский семейный врач. 2012. № 1. С. 42—46.
- [5] Оттева Э.Н. Ремиссия как основная цель терапии в концепции «лечение до достижения цели (Т2)» // Дальневосточный медицинский журнал. 2012. № 1. С. 23—25.
- [6] Barraclough D. Problems in the management of polymyalgia rheumatica and giant cell arthritis // Proceedings. 9 Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. APLAR 2000 May 21—26, 2000, Beijing, China, p. 110.
- [7] Bird H.A., Leeb B.F., Montecucco C.M., Misiuniene N., Nesher G., Pai S., Pease C., Rovensky J., Rozman B.A. Comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica // Ann. Rheum. Dis. 2005 Apr;64(4):626—9.
- [8] Bird H. European diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica // Ann. Rheum. Dis. 2001. 60 (Suppl. 1). P. 1060—106.
- [9] Cantini F., Salvarani C., Olivieri I., Niccoli L., et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case control study // J. Rheumatol. 2001. № 28. P. 1049—55.
- [10] Krupa W.M., Dewan M., Jeon M.S., Kurtin P.J., Younge B.R., Goronzy J.J. et al: Trapping of misdirected dendritic cells in the granulomatous lesions of giant cell arteritis // Am. J. Pathol. 2002. 161. P. 1815—23.
- [11] Hoffman G.S., Cid M.C., Hellmann D.B., Guillevin L., Stone J.H., Schousboe J. et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of adjuvant methotrexate treatment for giant cell arteritis // Arthritis Rheum. 2002. № 46. P. 1309—18.

## CLINICAL OBSERVATION: POLYMYALGIA RHEUMATICA

L.V. Bychkova<sup>1</sup>, N.V. Kobelevskaya<sup>1</sup>, K.O. Vorontsova<sup>1</sup>,  
A.I. Kondratenko<sup>2</sup>, T.U. Overchenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup>City clinical hospital named after S.S. Yudin, Moscow, Russia

Polymyalgia rheumatica — a rare disease diagnosis is difficult in the absence of specific laboratory indicators, as well as from the similarity of the clinical picture of such diseases as bilateral humeroscapular nodosa, polymyositis, periarteritis nodosa, cancer, multiple myeloma. In some cases, with high fever, rheumatic polymyalgia necessary to differentiate from sepsis or tuberculosis; when the articular syndrome, brucellosis, toxoplasmosis, arthritis of the jaw joint, the jaw and facial neuralgia. In laboratory indicators — signs of inflammation. Quick response to treatment with prednisolone (within 2—3 days) confirms the diagnosis.

**Key words:** arthralgia, myalgia, fever, prednisolone, glucocorticoids, musculoskeletal system, giant cell arteritis, non-steroidal anti-inflammatory drugs, old age, remission

### REFERENCES

- [1] Bunchuk N.V. Giant cell arteritis and rheumatically. M.: ERUs, 1992. P. 12—25.
- [2] Glazunov A.V., Zhilyaev E.V., Toldieva F.A. Rheumatic polymyalgia and VI-juicy arteritis // Clinical gerontology: a quarterly scientific-practical journal. 2006. V. 12. N. 2. P. 34—46.
- [3] Nasonov E.L., Chicherova N.V. Glucocorticoids in rheumatoid arthritis: pros and cons. BC. 2004. T. 12. № 6 (206). P. 408—411.
- [4] Ottewa E.N., Zotkin E.G. Rheumatic polymyalgia: clinical presentation and monitoring // Russian family doctor. 2012. № 1. P. 42—46.
- [5] Ottewa E.N. Remission as the main goal of therapy in the concept of “treatment to target (T2)” // Far Eastern medical journal. 2012. № 1. P. 23—25.
- [6] Barraclough D. Problems in the management of polymyalgia rheumatica and giant cell arthritis // Proceedings. 9 Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. APLAR 2000 May 21—26, 2000, Beijing, China. P. 110.
- [7] Bird H.A., Leeb B.F., Montecucco C.M., Misiuniene N., Nesher G., Pai S., Pease C., Rovinsky J., Rozman B.A. Comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica. Ann. Rheum. Dis. 2005 Apr;64(4):626—9.
- [8] Bird H. European diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica. Ann. Rheum. Dis. 2001. 60 (Suppl 1). P. 1060—106.
- [9] Cantini F., Salvarani C., Olivieri I., Niccoli L., et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case control study. J. Rheumatol. 2001. № 28. P. 1049—55.
- [10] Krupa W.M., Dewan M., Jeon M.S., Kurtin P.J., Younge B.R., Goronzy J.J. et al: Trapping of misdirected dendritic cells in the granulomatous lesions of giant cell arteritis. Am. J. Pathol. 2002. № 161. P. 1815—23.
- [11] Hoffman G.S., Cid M.C., Hellmann D.B., Guillevin L., Stone J.H., Schousboe J. et al. A multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of adjuvant methotrexate treatment for giant cell arteritis. Arthritis Rheum. 2002. № 46. P. 1309—18.

© Бычкова Л.В., Кобелевская Н.В., Воронцова К.О.,  
Кондратенко А.И., Оверченко Т.Ю., 2016