

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ

В.Г.Ананасович, С.В.Хидченко, А.В.Полянская

Белорусский государственный медицинский университет

Ревматическая полимиалгия (РП) – воспалительное заболевание периартикулярных тканей и синовиальной оболочки преимущественно плечевых и тазобедренных суставов, развивающееся исключительно у лиц пожилого возраста и в большинстве случаев излечивающееся глюкокортикостероидными гормонами (ГКС); а также часто сочетающееся с гигантоклеточным темпоральным ангиитом (ГКА) [1].

Следует отметить, что название заболевания отражает традиции англоязычной литературы обозначать болевые синдромы, связанные с поражением опорно-двигательного аппарата, термином «ревматизм» и не имеет никакого отношения к острой ревматической лихорадке.

Распространенность РП в разных странах колеблется в пределах 4,9-11,1 случаев на 100 тысяч жителей или 12,7-68,3 случаев на 100 тысяч населения в возрасте 50 лет и старше. Чаще заболевание встречается в странах Скандинавии и других северных регионах [2]. По данным литературы при РП в 16-21% случаев выявляется ГКА, а у 40-60% пациентов с болезнью Хортона – РП [3]. В международной классификации болезней X пересмотра РП вместе с ГКА отнесена к группе системных заболеваний соединительной ткани.

Несмотря на длительный период изучения РП, этиология болезни остается неизвестной до сих пор. Получены доказательства наследственной предрасположенности к этому заболеванию [4]. Вероятно, у генетически склонных к развитию РП лиц происходит активация иммунной системы под влиянием определенных агентов, предположительно вирусной или бактериальной природы. В настоящее время в качестве возможных этиологических факторов рассматривают аденовирус, вирус гриппа, парвовирус, *Chlamidia pneumoniae*. Определенную роль в развитии РП играют стресс и переохлаждение. Патогенез заболевания полностью не изучен. Предполагается, что основным субстратом поражения при РП являются эластические волокна.

Клиническая картина РП состоит из признаков поражения опорно-двигательного аппарата, лабораторных показателей воспаления и конституциональных (общих) симптомов. РП – заболевание пожилых людей. Описаны лишь единичные случаи дебюта болезни в возрасте 45-50 лет. Женщины болеют РП в 2 раза чаще мужчин.

Для заболевания характерно острое начало, среди полного здоровья. Иногда клиническим проявлениям заболевания предшествует повышение СОЭ или длительная лихорадка. Выделяют, встречающийся у всех больных, проксимальный болевой синдром с вовлечением областей плечевого и тазового пояса, а также шеи. Реже встречается дистальные клинические проявления. Проксимальный болевой синдром проявляется болями в области плечевых суставов и прилегающих (проксимальных) отделах плеч, области шеи, тазобедренных суставов, ягодиц и проксимальных отделах бедер. У

всех пациентов имеется 100% симметричность поражения. При РП обязательно в процесс должны быть вовлечены не менее 2-х из 3-х областей (плечевого и тазовый пояса, шея). Боли при РП, как правило, постоянные и сильные, усиливаются при нагрузке и уменьшаются в покое. Сон неполноценный, так как беспокоят ночные боли в классических зонах поражения, обусловленные давлением массы тела и минимальным напряжением мышц. Важно отметить, что имеется несоответствие между выраженностью болевых ощущений у больных и весьма скудными данными объективного обследования. При пальпации мышц болезненность не выявляется или выражена незначительно. Отсутствуют уплотнение или атрофия мышц.

Больные часто жалуются на слабость мышц, не имеющую ничего общего с феноменом при полимиозите. Так при выполнении теста на мышечную силу больных РП отклонений от нормы моментальной мышечной силы не выявляется, однако при дальнейшем приложении усилий у ряда больных развивается сильная боль в мышцах, что заставляет прекратить мышечное сокращение. При данной патологии также характерно ощущение скованности, возникающее не только после утреннего пробуждения, но и после любого периода покоя.

Следует отметить, что у части больных полная развернутая клиническая картина РП развивается не сразу, а через несколько дней и даже недель от начала заболевания. Возможен дебют заболевания с вовлечения области только одного сустава или шеи.

Боли и скованность при РП сопряжены с нарушением движений в плечевых, тазобедренных суставах и шейном отделе позвоночника. Как правило, значительно в большей степени страдают активные движения.

Так в плечевых суставах нарушаются все виды активных движений, а пассивные страдают в меньшей степени. Однако следует отметить, что в некоторых случаях степень изменения пассивных движений сопоставима с поражением активной двигательной функции. Боли и скованность в области тазобедренных суставов приводят к формированию «старческой» походки с мелкими шаркающими шажками. Поражение шейной области проявляется ограничением всех видов движений.

Из дистальных клинических проявлений РП выделяют периферический артрит с вовлечением лучезапястных, коленных, грудино-ключичных суставов, мелких суставов кистей и стоп, изолированно или сочетании. Как правило, встречается моно- или олигоартрит, чаще несимметричный. Выраженность артрита обычно небольшая. Рентгенологические изменения со стороны суставов отсутствуют [5]. Лишь в отдельных случаях может наступать хронизация процесса. Характерна высокая эффективность ГКС-терапии. У части больных (по данным Бунчука Н.В. – у 18%) выявляется одно- или двусторонний синдром запястного канала, обусловленный механическим сдавливанием срединного нерва в карпальном (запястном) канале. Основными его проявлениями являются парестезии в 1-4 пальцах кистей, усили-

вающиеся по ночам. Прием ГКС, как правило, дает хороший эффект. Изредка используется введение ГКС в запястный канал.

Диффузный отек кистей различной степени выраженности наблюдается, по данным различных авторов, у 10-25 % больных РП. Клинический симптомокомплекс РП постепенно нарастает и достигает максимума через 2-6 недель.

Лабораторные признаки воспаления: стойкое и, часто, резко повышенное СОЭ, рост С-реактивного белка (СРБ), альфа-2 и гамма-глобулинов – изменяются параллельно клиническим проявлениям заболевания. Отражением активности РП может быть также динамика интерлейкина-6.

Общие признаки болезни: лихорадка, похудание, общая слабость, анорексия, имеют четкую связь с миалгическим синдромом. Иногда развивается депрессия.

В настоящее время разработаны диагностические критерии РП. Классическими считаются, предложенные Н.А. Bird и соавт. (1979):

1. Двусторонняя боль и или скованность в плечевых суставах.
2. Возникновение пика заболевания в течение менее 2-х недель
3. СОЭ в начале болезни более 40 мм/ч
4. Длительность утренней скованности более 1 ч
5. Возраст начала болезни более 65 лет
6. Депрессия и или снижение массы тела
7. Двусторонняя болезненность верхних конечностей

Диагноз РП достоверен при наличии не менее 3 любых признаков. Чувствительность данных диагностических критериев составляет 92%, специфичность – 80% [6].

На наш взгляд наиболее приемлемыми с точки зрения клинициста являются диагностические критерии РП, предложенные Н.В. Бунчуком, основанные на богатом личном опыте длительного наблюдения за больными РП, а также анализе литературных данных:

1. Возраст начала болезни старше 50 лет
2. Острое развитие болезни с достижением максимальной выраженности в течение не более 2-3 мес.
3. Наличие болей во время пика болезни по крайней мере в 2 из следующих 3 областей: шея, плечевой и тазовый пояса
4. Двусторонняя локализация болей в конечностях и наличие ограничения движений в плечевых и или тазобедренных суставах.
5. Увеличение СОЭ более 35 мм/ч (по Панченкову).
6. Быстрый и яркий «излечивающий» эффект преднизолона в суточной дозе не более 15 мг в день

Для постановки диагноза РП требуется наличие всех 6 приведенных признаков.

Как правило, диагноз РП не является большой сложностью для специалиста, знающего особенности клинико-лабораторных проявлений заболевания. Но в ряде случаев диагностика затруднительна, особенно в дебюте РП,

когда еще нет развернутой клинической картины болезни. Иногда проксимальному болевому синдрому предшествуют длительная лихорадка или бессимптомное повышение СОЭ, что указывает на необходимость обязательно включать РП в круг диагностического поиска при синдромах «повышенного СОЭ» и «лихорадки неясного генеза».

Важно помнить, что при постановке диагноза РП необходимо исключить целый ряд заболеваний, протекающих со схожими болевыми синдромами: РА, серонегативные спондилоартропатии, ремиттирующий серонегативный симметричный синовит, множественные миофасциальные синдромы, полимиозит, паранеопластический синдром при скрыто протекающих опухолях.

Таким образом, диагноз РП предполагает наличие у больного клинических и лабораторных признаков, соответствующих диагностическим критериям заболевания, выявление которых требует тщательной оценки жалоб, данных анамнеза и объективного обследования больного, а также проведение рутинных лабораторных и инструментальных исследований.

Если имеющийся клинико-лабораторный симптомокомплекс отвечает критериям диагноза РП, больному назначается системная ГКС терапия с последующей оценкой эффекта лечения, обычно через 2-3 недели. Хороший результат ГКС позволяет, с одной стороны, избежать ряда дополнительных инструментальных обследований, сложных для пожилых людей, страдающих выраженным миалгическим синдромом, а с другой – подтвердить истинность РП.

Лечение РП проводится системными ГКС (преднизолон, метилпреднизолон) [7] и разделяется на период подавляющей терапии с достижением клинико-лабораторной ремиссии и период медленного снижения дозы с полной отменой ГКС. На первом этапе суточная доза составляет 15 мг в сутки из расчета на преднизолон. При мягком течении заболевания суточная доза может составлять 10 мг. Больные РП, как правило, хорошо отвечают на проводимую терапию. Однако, если через 3 недели не удастся достичь клинико-лабораторной ремиссии, количество препарата увеличивают на 5 мг в день. Крайне редко необходимо назначение 25-30 мг ГКС в сутки.

Целью 2-го периода лечения является сохранение достигнутой клинико-лабораторной ремиссии на фоне постепенного снижения приема ГКС вплоть до полной их отмены. Доза преднизолона уменьшается чрезвычайно медленно, по 1/4 таблетки в 1-2 недели под контролем лабораторных маркеров воспаления (СОЭ, СРБ). Грамотность ревматолога заключается в умении сохранить баланс между темпом снижения дозы ГКС и возможностью обострения РП. Общая длительность приема ГКС с их отменой обычно не превышает 2-х лет.

В настоящее время накапливается опыт комбинированного применения ГКС и цитостатических препаратов или биологических агентов [8]. Однако, полученные результаты не позволяют однозначно судить о преимуществе сочетанного использования этих лекарственных средств.

Прогноз для жизни при РП благоприятный. Ремиссия возникает у всех больных в результате ГКС терапии или спонтанно. Однако наличие ГКА существенно ухудшает исход заболевания.

Литература

1. Бунчук, Н.В. Ревматические заболевания пожилых / Н.В.Бунчук. – М.: МЕД-пресс-информ, 2010. – 270 с.
2. Ревматология: Национальное руководство / под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
3. Овчаренко, С.И. Ревматическая полимиалгия: сложности диагностики / С.И.Овчаренко, И.С.Щедрина, М.П.Троицкая // Лечащий врач – 2011. – №4. – С. 33-36.
4. Salvarani, C. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis / C.Salvarani [et al.] // N.Engl. J.Med. – 2002. – Vol. 347. – P. 261-271.
5. Терещенко, И.В. Ревматическая полимиалгия и гигантоклеточный височный артериит / И.В.Терещенко // Клиническая медицина. – 2005. – № 8. – С.25-30.
6. Bird, H.A. European collaborating PMR group. A comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica / H.A.Bird [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 626-629.
7. Оттева, Э.Н. Клиническая картина и лечение ревматической полимиалгии / Э.Н.Оттева [и. др.] // Научно-практическая ревматология. – 2005. – № 3. – С. 368
8. Caporali, R. Prednisone plus methotrexate for polymyalgia rheumatica. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial / R.Caporali // Ann. Intern. Med. – 2004. – Vol. 141. – P. 493-500.