

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ И ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ

Ревматическая полимиалгия — воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, развивающееся только во второй половине жизни человека, характеризующееся сильными болями стереотипной локализации (область шеи, плечевой и тазовый пояс), нарушениями движений, значительным повышением лабораторных показателей воспаления, а также наступлением ремиссии при назначении ГК в небольших дозах. Ревматическая полимиалгия в 15% случаев сочетается с гигантоклеточным (височным) артериитом (болезнью Хортона).

МКБ-10: M35.3 Ревматическая полимиалгия; **M31.5** Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией.

Эпидемиология. Частота выявления новых случаев ревматической полимиалгии за год в различных странах колеблется от 4,9 до 11,1 на 100 000 всех жителей (от 12,7 до 68,3 на то же количество жителей в возрасте 50 лет и старше). Отмечена тенденция к меньшей распространённости заболевания в странах, расположенных ближе к экватору. В возрасте моложе 50 лет ревматическая полимиалгия не встречается. Пик заболеваемости приходится на седьмую декаду жизни. Примерно в 2 раза чаще болеют женщины.

Профилактика не разработана.

Скрининг нецелесообразен в связи с редкостью заболевания.

Классификация. Выделяют изолированную ревматическую полимиалгию и ревматическую полимиалгию, сочетающуюся с гигантоклеточным артериитом.

ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Заболевание в большинстве случаев развивается остро, полная картина (пик болезни) формируется за 2–4 нед.

Возникают сильные боли, охватывающие область шеи, плечевые суставы и плечи, тазобедренные суставы и бедра. Боли в области плечевого и тазового пояса двухсторонние и симметричные, постоянные, усиливаются при движениях. В покое боли на время уменьшаются, но возникают при каждом изменении положения тела. Из-за этого резко нарушается сон. Типична скованность, наиболее выраженная утром после сна или любого длительного периода неподвижности. Постоянным признаком ревматической полимиалгии являются ограничения движений в плечевых, тазобедренных суставах, а также в области шеи. Из-за более существенно нарушаются самообслуживание (трудно причесаться, умыться, одеться, поднять и удержать что-либо руками, сесть на низкое сиденье и встать с него), а также способность к передвижению. В ряде случаев больные вынуждены проводить в постели. Приём анальгетиков и НПВП существенно не влияет на состояние больных ревматической полимиалгией.

- У ряда больных развивается слабо выраженный артрит лучезапястных, коленных, ключично-акромиальных суставов и очень редко — мелких суставов кистей или стоп. Как правило, число воспалённых суставов не превышает 1–3, симметричность поражения отсутствует. Боли в поражённых суставах обычно невелики, они намного меньше, чем в плечевом и тазовом поясе. Нередко припухлость суставов и болезненность при движениях в них можно заметить только при целенаправленном осмотре.
- У отдельных больных развивается слабо выраженный синдром карпального канала с типичными проявлениями в виде онемения в кончиках I–IV пальцев

костей, а иногда ладонный фасцит: умеренный отёк кисти, формирование сгибательных контрактур пальцев, уплотнение и болезненность ладонной фасции и сухожильей-сгибателей пальцев.

- Нередко отмечается лихорадка, обычно субфебрильная, но иногда достигающая до 38°C и выше. Лихорадка никогда не предшествует типичным болевым ощущениям, а обычно присоединяется в их разгаре, утяжеляя состояние больных. Во многих случаях довольно быстро возникает снижение массы тела, иногда значительное, что обычно сопровождается потерей аппетита. Характерны также общая слабость, сниженное настроение.
- У больных ревматической полимиалгией могут отмечаться явные или скрытые признаки гигантоклеточного артериита (см. ниже). Целенаправленное выявление этих признаков должно осуществляться у каждого больного ревматической полимиалгией, так как наличие артериита определяет прогноз и требует применения незамедлительного назначения существенно большей дозы кортикостероидов, чем при изолированной ревматической полимиалгии.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

- **Лабораторные исследования:** общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование (щелочная фосфатаза, КФК, кальций и фосфор, РФ, общий белок и его фракции).
 - ♦ **Общий анализ крови.** У всех больных с первых дней заболевания резко повышаются СОЭ — 40 мм/ч и более, а также уровень СРБ. Степень увеличения этих показателей воспаления обычно соответствует выраженности болевого синдрома и нарушений движений. У многих больных возникает гипохромная анемия.
 - ♦ **Биохимическое исследование.** У трети больных выявляется небольшое повышение уровня трансаминаз и щелочной фосфатазы в крови (ак-

тивность этих ферментов нормализуется вскоре после начала приёма ГК).

ДИАГНОЗ

- Развитие ревматической полимиалгии следует заподозрить у пожилого человека (ранее, как правило, не страдавшего ревматическими заболеваниями) с внезапно и без видимой причины развивающимися сильными болями в области плечевых, тазобедренных суставов и шеи, сопровождающимися нарушениями движений, а также общими симптомами (слабость, субфебрилитет, снижение аппетита) и значительным повышением лабораторных показателей воспаления (СОЭ и СРБ). Диагноз ревматической полимиалгии возможен только после исключения других заболеваний, протекающих со сходными клинико-лабораторными проявлениями^{В1,2,3}.
- Общепринятых критериев диагностики ревматической полимиалгии не существует.
- Применяют следующие **диагностические признаки заболевания**^{С4}:
 - 1) возраст пациента в начале болезни не менее 50 лет;
 - 2) боли по крайней мере в 2 из следующих 3 областей: плечевой, тазовый пояс и шеи;
 - 3) двусторонняя локализация болевых ощущений в плечевом и тазовом поясе;
 - 4) преобладание указанной локализации болей во время пика болезни;
 - 5) увеличение СОЭ более 35 мм/ч;
 - 6) быстрый и яркий эффект преднизолона в суточной дозе не более 15 мг в день;
 - 7) отсутствие признаков РА.
- Для диагностики ревматической полимиалгии необходимо наличие всех указанных признаков.
- При постановке диагноза важно оценивать результат применения ГК. Практически у всех больных уже через несколько дней после ежедневного приёма преднизолона (обычно в дозе 15 мг

в день) радикально улучшается состояние, нормализуются СОЭ и другие лабораторные показатели воспаления. Поэтому больных нужно обязательно осмотреть после назначения преднизолона. Отсутствие ожидаемой положительной динамики может указывать на ошибочность диагноза.

Дифференциальная диагностика проводится с парапротеннемическими гемобластозами (миеломная болезнь и др.), псориатическим артритом, РА, полимиозитом, системными васкулитами, заболеваниями мягких тканей опорно-двигательного аппарата, остеомалацией, гиперпаратиреозом, острыми инфекциями, сопровождающимися миалгиями.

Показания к консультации других специалистов. При обнаружении признаков гигантоклеточного артериита может возникнуть необходимость в консультации окулиста, ангиолога, в проведении ультразвукового сканирования магистральных артерий шеи, конечностей и аорты, а также в проведении биопсии височной артерии.

Показания к госпитализации в ревматологическое отделение. Необходимость дополнительного обследования пациента, которое невозможно осуществить в амбулаторных условиях, — серьёзные сопутствующие заболевания, уточнение состояния которых требуется перед или во время начала терапии ГК.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели терапии: достижение ремиссии, а в дальнейшем — выздоровления.

Обучение. Пациента следует информировать об основных правилах приёма ГК, о диете и наиболее частых побочных реакциях.

Немедикаментозное лечение. При ревматической полимиалгии немедикаментозная терапия не проводится.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Единственным эффективным средством лечения ревматической полимиалгии являются ГК^{B2,3}. Их назначение

считается обязательным, так как это значительно снижает риск присоединения гигантоклеточного артериита.

- Начальная доза преднизолона составляет обычно 15 мг в день и обязательно распределяется на 2–3 приёма. Если положительный эффект очевиден, но ко 2–3-й неделе лечения не отмечается полной клинико-лабораторной ремиссии заболевания, доза преднизолона может быть увеличена до 20 мг. В отдельных случаях, когда выраженность ревматической полимиалгии умеренная, начальная суточная доза преднизолона может составлять 10 мг.
- После развития ремиссии подавляющую дозу преднизолона сохраняют ещё в течение 1 мес, а затем начинают постепенно снижать до полной отмены препарата. Снижение проводится на 1,25 мг через каждые 7–10 дней при условии отсутствия признаков обострения заболевания до достижения 10 мг/сут; затем по 1 мг в день каждые 4 нед.
- В случае развития обострения необходимо временное повышение дозы преднизолона на величину, достаточную для достижения ремиссии заболевания. Обострения чаще возникают во время приёма небольших поддерживающих доз препарата, могут неоднократно повторяться.
- В процессе снижения дозы преднизолона следует тщательно наблюдать за динамикой симптомов; контролировать СОЭ каждые 4 нед в течение первых 2–3 мес; затем каждые 8–12 нед в течение 12 мес после завершения лечения.
- Полного выздоровления (с отменой преднизолона) удаётся достичь у всех больных, но время, необходимое для этого, бывает различным: от 6 мес до 2–3 лет. Известны единичные случаи рецидивов болезни.
- Попытки применения гидроксихлорохина, метотрексата, азатиоприна и циклоспорина для лечения ревматической полимиалгии (в качестве стероидосберегающих средств) оказались либо неуспешными, либо их результаты противоречивы^{B,C5–8}.

Прогноз у преобладающего большинства больных изолированной ревматической полимиалгией благоприятен (выздоровление). Если не применяются ГК, ревматическая полимиалгия обычно принимает хроническое, волнообразное течение; известны отдельные случаи спонтанного выздоровления (как правило, не ранее чем через 6–12 мес).

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ

Гигантоклеточный (височный) артериит — гранулематозное воспаление аорты и её крупных ветвей с поражением экстракраниальных ветвей сонной артерии (преимущественно височной) обычно развивается у больных старше 50 лет и часто сочетается с ревматической полимиалгией.

МКБ-10: М31.5 Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией; **М31.6** Другие гигантоклеточные артерииты.

Эпидемиология. Гигантоклеточным артериитом страдают почти исключительно люди белой расы. Заболеваемость варьирует в широких пределах — от 0,5 до 23,3 на 100 тыс. населения старше 50 лет. Отмечено её нарастание в более старших возрастных группах⁸⁹. Болезнь чаще встречается в Северной Европе и Америке (особенно среди скандинавских эмигрантов), чем в южных регионах земного шара. Женщины болеют несколько чаще, чем мужчины (соотношение 3:1).

Профилактика не проводится.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Варианты начала. Иногда заболевание начинается остро, больные могут чётко отметить день и час возникновения болезни, но в большинстве случаев симптомы появляются постепенно.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

• **Конституциональные проявления**, включающие лихорадку (субфебрильную и фебрильную), которая нередко в течение длительного времени явля-

ется единственным проявлением заболевания, проливные поты, общую слабость, анорексию, снижение массы тела (до 10 кг и более в течение нескольких месяцев), депрессию.

• **Сосудистые расстройства** зависят от локализации процесса в артериальном русле:

- ♦ Височная артерия: постоянная, остро развивающаяся интенсивная двухсторонняя головная боль с локализацией в лобной и теменной областях, болезненность при касании к коже черепа, набухание, отёчность височных артерий, ослабление пульсации.
- ♦ Затылочная артерия: головная боль в затылочной области.
- ♦ Верхнечелюстная артерия: перемежающаяся хромота при жевании, беспричинная зубная боль или перемежающаяся хромота языка (при локализации процесса в артерии языка).
- ♦ Наружная сонная артерия: отёк лица, нарушение глотания, слуха.
- ♦ Артерии, кровоснабжающие глаза и глазные мышцы: *нарушение зрения, часто необратимое, которое может быть первым проявлением заболевания*, ишемический хориоретинит, отёк роговицы, ирит, конъюнктивит, эписклерит, склерит; поражение глазных артерий ведёт к развитию передней ишемической оптической нейропатии. Весьма характерны преходящее снижение зрения (*amaurosis fugax*) и диплопия. Развитие слепоты является самым грозным ранним осложнением гигантоклеточного артериита.
- ♦ Аорта (преимущественно грудной отдел) и крупные артерии: аневризма, симптомы ишемии.
- ♦ Ревматическая полимиалгия встречается у 40–60% больных, а у 5–50% при биопсии височной артерии обнаруживаются признаки артериита.
- ♦ Поражение суставов в виде симметричного серонегативного полиартрита, напоминающего РА у пожилых (вовлечение преимущественно колен-

ных, лучезапястных и голеностопных суставов, реже проксимальных межфаланговых и плюснефаланговых суставов), или моно-, олигоартрита.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

• Лабораторное исследование

- ♦ Наиболее важными лабораторными признаками, отражающими системное воспаление, являются выраженное увеличение СОЭ и СРБ^{В10,11}. Однако у некоторых больных отмечаются нормальные значения СОЭ.
- ♦ Более чувствительным показателем активности является увеличение концентрации СРБ и интерлейкина 6^{С12} (более 6 пг/мл).

• Морфологическое исследование

- ♦ Для подтверждения диагноза целесообразно проведение биопсии височной артерии^{В13,14}.
- ♦ Однако — поскольку при гигантоклеточном артериите нередко наблюдается очаговое сегментарное поражение сосудов — отрицательные результаты при биопсии не позволяют полностью исключить этот диагноз^{С15,160}.

• Инструментальное исследование

- ♦ Ультразвуковое исследование с высоким разрешением: не позволяет дифференцировать воспалительное поражение сосудов от атеросклеротического.
- ♦ Значение МРТ и ПЭТ требует дальнейшего изучения.

ДИАГНОСТИКА

Гигантоклеточный артериит должен быть заподозрен у всех больных старше 50 лет с выраженными головными болями, нарушением зрения, симптомами ревматической полимиалгии, выраженным увеличением СОЭ и анемией^{В3}, а также перемежающейся хромотой, конституциональными проявлениями в сочетании с ишемической болезнью сердца и признаками сердечной недостаточности^{В3}.

Классификационные критерии гигантоклеточного артериита¹⁴

1. Начало заболевания после 50 лет: развитие симптомов заболевания у лиц старше 50 лет.
2. Появление «новых» головных болей: появление ранее не отмечавшихся головных болей или изменение их характера и/или локализации.
3. Изменения височной артерии: болезненность при пальпации или снижение пульсации височных артерий, не связанное с атеросклерозом артерий шеи.
4. Увеличение СОЭ >50 мм/ч.
5. Изменения при биопсии артерии: васкулит с преимущественно мононуклеарной инфильтрацией или гранулематозным воспалением, обычно с многоядерными гигантскими клетками.

Наличие 3 и более любых критериев позволяет поставить диагноз с чувствительностью 93,5% и специфичностью 91,2%.

Дифференциальный диагноз проводится с широким спектром заболеваний, протекающих с симптомами ревматической полимиалгии и поражением крупных сосудов. К ним относятся РА и другие воспалительные заболевания суставов у пожилых, поражение плечевого сустава (плечелопаточный периартрит), воспалительные миопатии, злокачественные новообразования, инфекции, гипотиреоз (аутоиммунный тиреоидит), болезнь Паркинсона, системный амилоидоз, атеросклеротическое поражение сосудов.

Показание для консультации ревматолога: подозрение на развитие гигантоклеточного артериита.

Показания для консультации других специалистов:

- Хирург: биопсия височной артерии.
- Офтальмолог: исследование глазного дна.

Показание для госпитализации в ревматологическое отделение: подозрение на развитие гигантоклеточного артериита.

ЛЕЧЕНИЕ

- При подозрении на развитие гигантоклеточного артериита и при исключении других заболеваний (опухоли и др.)

немедленно следует начинать лечение ГК^{B17,18} для предотвращения развития слепоты.

- Глюкокортикоиды — основной метод лечения, предотвращающий необратимое поражение внутренних органов^{B18}.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- Преднизолон 40–60 мг/сут в несколько приёмов до нормализации СОЭ и исчезновения симптомов.
- Снижать дозу по 2,5–5 мг в день каждые 2 нед до достижения дозы 20 мг/сут; затем на 10% каждые 2 нед до дозы 10 мг/сут; затем по 1 мг в день каждые 4 нед.
- В процессе снижения дозы преднизолона тщательно наблюдать за динамикой симптомов и контролировать СОЭ каждые 4 нед в течение первых 2–3 мес; затем каждые 8–12 нед в течение 12–18 мес после завершения лечения.
- В отсутствие нарушения зрения или поражения крупных сосудов адекватная начальная доза преднизолона может быть меньше — в пределах 20 мг/сут.
- При тяжёлом течении дозу ГК следует увеличить до 60–80 мг/сут или провести пульс-терапию (метилпреднизолон 1 г в течение 3 дней в/в с последующим переходом на поддерживающую дозу 20–30 мг/сут *per os*). При отсутствии эффекта в течение 2–3 нед первоначальную дозу ГК постепенно увеличивают^{C18}.
- Длительность терапии оценивается индивидуально у каждого больного. Если в течение 6 мес на фоне приёма преднизолона в дозе 2,5 мг/сут клинические проявления заболевания отсутствуют, лечение может быть прекращено.
- Эффективность метотрексата (7,5 мг/нед) не доказана^{B19}.
- Приём аспирина (100 мг/сут) снижает риск развития слепоты и cerebrovasкулярных катастроф^{C20}.

Прогноз. В целом прогноз для жизни больных благоприятен. Смертность при этом заболевании практически такая же,

как и в общей популяции. 5-летняя выживаемость почти 100%^{B21}. Однако существует серьёзная опасность развития различных осложнений заболевания, в первую очередь поражения артерий глаз, приводящих к частичной или полной потере зрения. У ряда больных, имеющих АТ к фосфолипидам, возрастает риск венозных или артериальных тромбозов^{C22,23}.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brooks R.C., McGee S.R. Diagnostic dilemmas in polymyalgia rheumatica // Arch. Intern. Med. — 1997. — Vol. 157. — P. 1162–1170.
2. Barilla-LaBarca M.-L.J., Lenschow D., Brasington R.D. Polymyalgia rheumatica/temporal arteritis: recent advances // Curr. Rheum. Rep. — 2002. — Vol. 4. — P. 39–46.
3. Ling S.M. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Clinical Guidance from ACP, 2003.
4. Bird H.A., Esselinckx W., Dixon A.S. et al. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica // Ann. Rheum. Dis. — 1979. — Vol. 38. — P. 434–439.
5. Feinberg H.L., Sherman J.D., Schrepferman C.G. et al. The use of methotrexate in polymyalgia rheumatica // J. Rheumatol. — 1996. — Vol. 23. — P. 1550–1552.
6. Ferraccioli G., Salaffi F., De Vita S. et al. Methotrexate in polymyalgia rheumatica: preliminary results of an open, randomized study // Ibid. — P. 624–628.
7. De Silva M., Hazleman B.L. Azathioprine in giant cell arteritis/polymyalgia rheumatica: a double blind study // Ann. Rheum. Dis. — 1986. — Vol. 45. — P. 136–138.
8. Schaeferlberger C., Andersson R., Nordborg E. No additive effect of cyclosporin A compared with glucocorticoid treatment alone in giant cell arteritis: results of an open, controlled, randomized study // Br. J. Rheumatol. — 1998. — Vol. 37. — P. 464–465.
9. Salvarani C., Crowson C.S., O'Fallon W.M. et al. Reappraisal of the epidemiology of giant cell arteritis in Olmsted county, Minnesota, over a fifty-year period // Arthritis. Rheum. — 2004. — Vol. 51. — P. 264–268.

10. *Ellis M.E., Ralston S.* The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis syndrome // *Ann. Rheum. Dis.* — 1983. — Vol. 42. — P. 168–170.
11. *Mallya R.K., Hind C.R.K., Berry H., Pepys M.B.* Serum C-reactive protein in polymyalgia rheumatica // *Arthritis Rheum.* — 1985. — Vol. 28. — P. 383–387.
12. *Roche N., Fulbring J., Wagner A., Hunder G.G. et al.* Correlation of interleukin-6 production and disease activity in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis // *Ibid.* — 1993. — Vol. 36. — P. 286–294.
13. *Hall S., Lie J.T., Kurland L.T. et al.* The therapeutic impact of temporal artery biopsy // *Lancet.* — 1983. — Vol. 26. — P. 1217–1220.
14. *Hunder G.G., Bloch D.A., Michel B.A. et al.* The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis // *Arthritis Rheum.* — 1990. — Vol. 33. — P. 1122–1128.
15. *Lie J.T.* When is arteritis of the temporal arteries not temporal arteritis // *J. Rheumatol.* — 1994. — Vol. 21. — P. 186–189.
16. *Gabriel S., O'Fallon W.M., Achkar A.A., Hunder G.G.* The use of clinical characteristic to predict the results of temporal artery biopsy among patients with suspected giant cell arteritis // *Ibid.* — 1995. — Vol. 22. — P. 93–96.
17. *Myles A.B., Perera T.E., Ridley M.G.* Prevention of blindness in giant cell arteritis by corticosteroid treatment // *Br. J. Rheumatol.* — 1992. — Vol. 31. — P. 103–105.
18. *Hunder G.G.* Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica // *Textbook of Rheumatology* / Eds W.N. Kelly *et al.* — 5th ed. — Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.
19. *Spiera R.F., Mitnick H.J., Kupersmith M. et al.* A prospective, double-blind, randomized, placebo controlled trial of methotrexate in the treatment of giant cell arteritis (GCA) // *Clin. Exp. Rheumatol.* — 2001. — Vol. 19. — P. 495–501.
20. *Liozon E., Herrmann F., Ly K. et al.* Risk factors for visual loss in giant cell (temporal) arteritis: A prospective study of 174 patients // *Am. J. Med.* — 2001. — Vol. 111. — P. 211–217.
21. *Salvarani C., Crowson C.S., O'Fallon W.M. et al.* Reappraisal of the epidemiology of giant cell arteritis in Olmsted county, Minnesota, over a fifty-year period // *Arthritis. Rheum.* — 2004. — Vol. 51. — P. 264–268.
22. *Cid M.C., Cervera R., Font J. et al.* Late thrombotic events in patients with temporal arteritis and anticardiolipin antibodies // *Clin. Exp. Rheum.* — 1990. — Vol. 8. — P. 359–363.
23. *Duhaut P., Berruyer M., Pinede L. et al.* Anticardiolipin antibodies and giant cell arteritis. A prospective, multicenter case-control study // *Arthritis Rheum.* — 1998. — Vol. 41. — P. 701–709.