

"Исключив все неверное, доберемся до истины". Клинический случай

Новохатская Е. А., Кузнецова И. В., Рябинина Т. А.,
Имаметдинова Г. Р.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

CASE
ТЕРАПИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

Ревматическая полимиалгия — системное воспалительное заболевание, редко диагностируемое в клинической практике ввиду низкой осведомленности врачей о данной патологии и отсутствия специфических диагностических маркеров. Клинический случай представляет особый интерес по причине отсутствия типичных лабораторных признаков и наличия у пациентки сопутствующих заболеваний, имеющих схожие клинические проявления. Своевременная диагностика и назначение адекватной медикаментозной терапии позволили достичь клинко-лабораторной ремиссии без необратимых негативных последствий для здоровья пациентки.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, классификационные критерии, глюкокортикоиды, артралгии, миалгии, нестероидные противовоспалительные препараты.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 10/05-2023

Рецензия получена 17/05-2023

Принята к публикации 09/06-2023



Для цитирования: Новохатская Е. А., Кузнецова И. В., Рябинина Т. А., Имаметдинова Г. Р. "Исключив все неверное, доберемся до истины". Клинический случай. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7S):3641. doi:10.15829/1728-8800-2023-3641. EDN CQSIVO

"Ruling out all the wrong, we get to the truth". Case report

Novokhatskaya E. A., Kuznetsova I. V., Ryabinina T. A., Imametdinova G. R.
National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Polymyalgia rheumatica is a systemic inflammatory disease that is rarely diagnosed in clinical practice due to the low awareness of physicians and the absence of specific diagnostic markers. The case report is of particular interest due to the absence of typical laboratory signs and the presence of concomitant diseases in the patient with similar clinical manifestations. Timely diagnosis and the appointment of adequate therapy made it possible to achieve clinical and laboratory remission without irreversible consequences for the patient's health.

Keywords: polymyalgia rheumatica, classification criteria, glucocorticoids, arthralgia, myalgia, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Relationships and Activities: none.

Novokhatskaya E. A.* ORCID: 0000-0002-9354-3383, Kuznetsova I. V. ORCID: none, Ryabinina T. A. ORCID: none, Imametdinova G. R. ORCID: 0000-0003-4935-6051.

*Corresponding author:
lisabet244@gmail.com

Received: 10/05-2023

Revision Received: 17/05-2023

Accepted: 09/06-2023

For citation: Novokhatskaya E. A., Kuznetsova I. V., Ryabinina T. A., Imametdinova G. R. "Ruling out all the wrong, we get to the truth". Case report. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(7S):3641. doi:10.15829/1728-8800-2023-3641. EDN CQSIVO

РПМА — ревматическая полимиалгия, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, УЗИ — ультразвуковое исследование, COVID-19 — новая коронавирусная инфекция.

Введение

Ревматическая полимиалгия (РПМА) — это воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата неясной этиологии, дебют которого при-

ходится на возраст старше 50 лет, характеризующееся остро развивающимся болевым синдромом, скованностью мышц плечевого и/или тазового пояса, шеи, сопровождающееся повышением лабо-

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: lisabet244@gmail.com

[Новохатская Е. А.* — ординатор 1 года по специальности кардиология, ORCID: 0000-0002-9354-3383, Кузнецова И. В. — к.м.н., врач-терапевт, зав. терапевтическим отделением, ORCID: нет, Рябинина Т. А. — врач-терапевт, ORCID: нет, Имаметдинова Г. Р. — к.м.н., врач-ревматолог, ORCID: 0000-0003-4935-6051].

раторных маркеров воспаления, а также быстрым клиническим эффектом при назначении низких доз глюкокортикоидов. В данной публикации рассмотрено ведение пациентки пожилого возраста с РПМА, продемонстрирована дифференциально-диагностическая концепция.

Описание клинического случая

Пациентка 68 лет госпитализирована 23 января 2023г с жалобами на боли в плечевых и тазобедренных суставах, в шее и спине, ограничение подвижности в суставах, чувство жжения в конечностях и теле, более выраженные в ночные часы, нарушение сна.

В анамнезе: с 2015г беспокоили боли в крупных суставах, проводилась рентгенография суставов — выявлен полиартроз 1-2 стадии. Назначен курсовой прием хондропротекторов. В 2020г перенесла новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), по данным компьютерной томографии — без поражения легких. В последующем усиление суставного болевого синдрома, курсовой прием нестероидных противовоспалительных средств, хондропротекторов с положительным эффектом. В июле 2021г укусы клеща с появлением эритемы. Серологически под-

тверждена болезнь Лайма, проводилось лечение цефтриаксоном с развитием псевдомембранозного колита. В декабре 2022г возникновение болей в суставах и теле в ночные часы, сопровождающиеся чувством жжения мышц рук и ног, развитие нарушения сна. Прием нестероидных противовоспалительных средств без эффекта. Консультирована ревматологом, проведено обследование: магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника — дегенеративно-дистрофические изменения, денситометрия поясничного отдела — норма, в шейке левого бедра — остеопения, ультразвуковое исследование (УЗИ) тазобедренных суставов — признак минимальных кокситов, трохантеритов, УЗИ плечевых суставов — признаки периартикулярных дегенеративных изменений, рентгенография тазобедренных суставов — признаки артроза 1 стадии. В общем анализе крови отмечалось увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 28 мм/ч. В январе 2023г была госпитализирована в терапевтическое отделение Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины (НМИЦ ТПМ) (рисунок 1).

Анамнез заболевания				
2015–2019гг	2020г	Февраль 2022г	Март 2022г	Декабрь 2022г
Боли в крупных суставах. Генерализованный остеоартроз 1-2 стадии.	Новая коронавирусная инфекция. Усиление болей в суставах.	Укус клеща июль 2021г. Кольцевидная эритема. Лайм-Боррелиоз.	Псевдомембранозный колит. Эрозивно-геморрагический гастродуоденит. Синдром нарушенного всасывания. СИБР.	Возобновление болей в суставах и теле в ночные часы, сопровождающиеся чувством жжения мышц рук и ног. Развитие нарушения сна. НПВС без эффекта.
Rg коленных, тазобедренных, плечевых суставов, суставов стоп, кистей — плоскостопие, полиартроз 1-2 ст. ДС артерий н/к — нестенозирующий атеросклероз. Денситометрия — плотность в пределах нормы. Курсы Эторококсиб 60 мг/сут. № 14, Афлутоп, Хондрогарда 2 мл/сут. № 10 в/м, Мидокалм 150 мг 3 раза/сут.	КТ ОГК — без признаков поражения. Амбулаторное лечение. Курсовой прием НПВС, Афлутоп в/м.	02.22г — Anti-Borellia IgG обнаружено. 03.22г — ПЦР: ДНК Borellia не обнаружено. 04.22г — Anti-Borellia IgG, IgM не обнаружено. Цефтриаксон в/м № 21.	Rg ОГК, УЗИ ОБП, Rg ОБП — б/о. ЭГДС — Эрозивный гастрит. Рефлюкс-эзофагит. Колоноилеоскопия — Эпителиальное образование толстой кишки тип II а Париж., тип II S. Kudo. Полное удаление без предоставления гистологии. Диагностика целиакии — отрицательно. Cl. difficile токсин А — обнаружен. СА 125, HE4 — отрицательно. Ванкомицин 125 мг 4 раза/сут. Мебеверин 200 мг 2 раза/сут. Эзомепразол 20 мг 2 раза/сут. Эглонил 50 мг 2 раза/сут. Фенибут 125 мг 2 раза/сут.	СОЭ амбулаторно 28 мм/ч. Остальные показатели ОАК, б/х — б/о. На фоне регулярного приема терапии учащение эпизодов дестабилизации АД до 160/100 мм рт.ст. Консультация ревматолога в НИИ ревматологии: Первичный генерализованный остеоартроз? Ревматическая полимиалгия вероятная?

Рис. 1 Временная шкала течения заболевания.

Примечание: АД — артериальное давление, в/м — внутримышечно, ДС — дуплексное сканирование, КТ — компьютерная томография, н/к — нижние конечности, НПВС — нестероидное противовоспалительное средство, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, ОГК — органы грудной клетки, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СИБР — синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке, СОЭ — скорость оседания эритроцитов, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия, Rg — рентгенография.

В стационаре были выполнены лабораторные исследования, включая ревматоидный фактор, антистрептолизин О, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду, онкомаркеры, маркеры системного воспаления, гормоны щитовидной железы — все показатели в пределах референсных значений. Выявлено снижение уровня витамина D до 28,4 нг/мл, уровень СОЭ 16 мм/ч. Проведены обследования: мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эзофагогастродуоденоскопия, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, рентгенографическое исследование коленных суставов, магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника — выявлен двусторонний гонартроз 2 стадии, дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника. В остальном, по органам и системам без отклонений. С учетом клинической картины и результатов проведенных исследований с высокой долей вероятности могут быть исключены следующие заболевания: ревматоидный артрит, инфекции, в т.ч. проявления Лайм-боррелиоза, реактивный артрит после перенесенной COVID-19, злокачественные новообразования, спондилоартропатии, полимиозит, фибромиалгия, а также прочие заболевания, такие как миопатия, индуцированная лекарственными препаратами. Наличие остеоартроза, выявленный гиповитаминоз витамина D не объясняют всю клиническую картину. После исключения широкого спектра заболеваний была заподозрена РПМА — заболевание, которое не характеризуется специфическими маркерами. Согласно классификационным критериям Н.А. Bird (1979) и ACR/EULAR (2012) набрано 3 и 5 баллов, соответственно, что является диагностически значимым и позволяет подтвердить диагноз РПМА. Иницирована терапия низкими дозами глюкокортикоидов, на фоне чего через трое суток отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома. Пациентка выписана на терапии преднизолоном 15 мг/сут., также назначены препараты для профилактики стероид-индуцированного остеопороза. При контрольном исследовании уровень СОЭ 7 мм/ч.

Клинический заключительный диагноз

Основное заболевание: Ревматическая полимиалгия.

Конкурирующее заболевание: Гипертоническая болезнь II стадии, достигнут целевой уровень артериального давления. Риск сердечно-сосудистых осложнений IV. Обструктивное апноэ сна, тяжелая степень. Эпизоды ночной гиповентиляции.

Фоновые заболевания: Атеросклероз аорты, брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей. Гиперлипидемия 2а.

Сопутствующие заболевания: Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга с цефалгическим синдромом. Экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст. Хронический поверхностный гастрит, *H. pylori*-неассоциированный. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз печени. Индекс FIB-4=0,93. Полип печеночного изгиба толстой кишки (удален при биопсии 03.2022г). Дорсопатии. Дегенеративно-дистрофическое заболевание шейного, грудного, пояснично-крестцового отделов позвоночника с мышечно-тоническим и болевыми синдромами. Двусторонний гонартроз 2 степени. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность 1 степени. В личном анамнезе COVID-19 от 2020г.

Исход

При проведении контрольного визита спустя 2 мес. после инициации медикаментозной терапии у пациентки отмечались нормализация сна на фоне исчезновения боли в плечевых суставах, мышцах конечностей, объем активных и пассивных движений суставов в полном объеме, сохранялась небольшая болезненность при пальпации проксимальных отделов тазового пояса. Иницировано снижение дозы препарата по схеме. Продолжается динамическое наблюдение с оценкой степени активности заболевания.

Обсуждение

Трудность диагностики заключалась в наличии у пациентки заболеваний, часто проявляющихся схожей клинической картиной, а также нетипичным для РПМА повышением уровня СОЭ (в дебюте заболевания СОЭ 28 мм/ч). На основании анамнестических данных, клинической картины, данных проведенных обследований, с учетом соответствия диагностическим критериям РПМА и быстрого ответа на минимальные дозы глюкокортикоидов, установлен диагноз РПМА. В связи с необходимостью постепенного снижения доз глюкокортикоидов пациентка остается под наблюдением ревматологов.

Заключение

Своевременная диагностика и адекватно назначенная медикаментозная терапия РПМА способствуют быстрому достижению клинико-лабораторной ремиссии, снижают риск коморбидных заболеваний и улучшают прогноз пациентов.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.