

Дифференциальная диагностика ревматической полимиалгии

А.Ю. Захарова, Н.О. Симонова, З.Ю. Мутовина, И.В. Пожаров, Ю.А. Ускова, А.В. Гордеев
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ,
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся болью и скованностью мышц плечевого и тазового пояса. РПМ развивается, как правило, у лиц в возрасте старше 50 лет и является одним из самых частых воспалительных ревматологических заболеваний. Несмотря на интенсивное исследование возможностей различных визуализирующих методик диагностики РПМ, наиболее актуальной задачей представляется разработка стандартизованных классификационных и диагностических критериев. Лишь использование унифицированного подхода к диагностике дает возможность сопоставлять результаты таких исследований, а в перспективе позволит более детально изучить молекулярные основы заболевания и оптимизировать лечение пациентов, улучшить качество их жизни, сократить частоту развития побочных эффектов терапии.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, диагностические критерии, ревматоидный артрит, МРТ, УЗИ, ревматоидный фактор.

Rheumatic polymyalgia (RPM) is an inflammatory disease of unknown etiology which is characterized with pain and muscular stiffness in the shoulder and pelvic girdles. RPM is usually seen in people > 50 years old and is one of the most widespread inflammatory rheumatic diseases. Though nowadays one can see an intensive research on visual diagnostic techniques for RPM, the most actual task is still the development of standardized classification and diagnostic criteria. It is only a unified approach to the diagnostics that gives possibilities to compare results of such researches and in future it might allow to have more detailed researches on molecular factors of the disease and thus, to optimize treatment, to improve patients' quality of life, to reduce the rate of side-effects of the prescribed therapy.

Key words: rheumatic polymyalgia, diagnostic criteria, rheumatoid arthritis, MRI, ultrasound, rheumatoid factor

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся болью и скованностью мышц плечевого и тазового пояса. РПМ развивается, как правило, у лиц в возрасте старше 50 лет и является одним из самых частых воспалительных ревматологических заболеваний (12,7–68,3 случая на 100 000 населения среди лиц старше 50 лет) [12]. Впервые РПМ описана William Bruce в 1888 г. [6], который проанализировал клиническую картину у 5 пациентов с выраженными миалгиями и назвал новую болезнь сенильной подагрой. Автор подчеркивал отличие РПМ от всех ранее известных ревматологических заболеваний. В 1957 г. H.S. Varber предложил использование термина «ревматическая полимиалгия», ставшего общепринятым. С момента первого описания болезни прошло более 100 лет, однако до сих пор диагноз заболевания в основном устанавливается на основании яркой клинической картины.

Ключевые симптомы РПМ – боль и скованность в проксимальной группе мышц с активным острофазовым ответом – знакомы большинству врачей. Тем не менее клиническая картина РПМ весьма разнообразна и трактовка некоторых проявлений может приводить к диагностическим ошибкам: 1) боль и скованность в проксимальных отделах конечностей могут отмечаться и у пациентов с другими заболеваниями; 2) у трети пациентов имеются общие симптомы, такие как лихорадка, анорексия и потеря массы тела; 3) у ряда пациентов (15–30%) возможны и дистальные скелетно-мышечные проявления, такие как артриты, отек

кистей, синдром запястного канала; 4) в отсутствие проведения детального онкопоиска могут ошибочно диагностироваться как РПМ различные гематологические заболевания (такие как множественная миелома, В- и Т-клеточные лимфомы, лейкопения), карцинома почки, аденокарцинома желудка, рак предстательной железы, матки, яичников и другие онкологические заболевания [24].

Симптомами РПМ могут проявляться различные заболевания, такие как ревматоидный артрит (РА), гигантоклеточный артериит [23], серонегативные спондилоартропатии [17], саркоидоз, опухоли различной локализации (в рамках паранеопластического синдрома) [9], полимиозит [1] и др. Нередко РПМ является первым и единственным проявлением этих болезней. В большинстве случаев окончательный диагноз определяется только в процессе длительного наблюдения. С целью усовершенствования диагностики РПМ продолжают исследования возможностей использования современных инструментальных методик, поиск лабораторных, в том числе генетических, маркеров. Тем не менее основой установления диагноза РПМ в настоящее время остается тщательный сбор анамнеза, детальное уточнение жалоб и осмотр пациента.

В повседневной клинической практике наибольшие затруднения вызывает дифференциальная диагностика РПМ и ревматоидного артрита. Важность разграничения этих состояний обусловлена различными прогнозами и стратегиями назначения патогенетической терапии. Общепринято, что для лечения РПМ необходимо назначение

средних доз глюкокортикостероидов (ГКС). Назначение тех же доз ГКС пациентам с «полимиалгическим» вариантом дебюта РА лишь маскирует симптомы заболевания, увеличивая период субклинического течения заболевания от момента дебюта заболевания, и отдаляет врача от постановки диагноза. Согласно клиническим исследованиям, продолжительное использование ГКС (более 3 мес) у пациентов с дебютом РА в пожилом возрасте не только не влияет на частоту развития ремиссии, но и не останавливает деструктивных изменений суставов [16, 25].

Сложности проведения дифференциальной диагностики РПМ и РА с дебютом в пожилом возрасте (elderly onset) обусловлены сходными клиническими симптомами и отсутствием специфических лабораторных тестов [8, 14]. Особенно сложно установить диагноз у пациентов с умеренными суставными проявлениями, хорошо отвечающими на лечение ГКС. Периферический артрит – главный симптом, ассоциирующийся с РА, согласно различным исследованиям, встречается у 21–40% пациентов с РПМ [3, 4, 20]. Обнаружение ревматоидного фактора (РФ) не помогает в установлении диагноза. С возрастом частота выявления РФ увеличивается до 10–30% среди здоровых лиц [2]. И согласно исследованию R. Caporali [8], РФ одинаково часто выявляется у больных как РПМ, так и РА. Также вероятен вариант перекреста РПМ и РА, когда симптомы обоих заболеваний настолько выражены, что диагноз каждого из заболеваний не вызывает сомнений.

Активно изучается эффективность различных визуализирующих методик в диагностике и динамическом наблюдении пациентов с РПМ. Еще в 1964 г. J. Gordon и соавт. [13], проведя биопсию различных тканей плечевых суставов у 6 пациентов с РПМ, отметили изменение капсулы, поддельтовидной сумки, глубокой межмышечной фасции и сухожилий дельтовидной мышцы. На выявлении изменений в области этих структур основана диагностика РПМ с помощью сцинтиграфии скелета, МРТ, УЗИ и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с ¹⁸F-дезоксоглюкозой.

УЗИ как наиболее доступная, неинвазивная, просто выполняемая методика рассматривается в качестве удобного инструмента диагностики и мониторинга РПМ [22]. У 60–80% пациентов с РПМ в отсутствие приема ГКС по данным УЗИ выявляются такие изменения, как теносиновит длинной головки бицепса, синовит плечевого и тазобедренного суставов. Согласно исследованию F. Cantini и соавт. [7], у больных РПМ с нормальной, немного повышенной и резко увеличенной СОЭ обнаруживаются сходные УЗ-признаки воспаления. Таким образом, обнаружение признаков двустороннего бурсита плечевых суставов при УЗИ может помочь в диагностике РПМ у пациентов с нормаль-

ной СОЭ, а также быть признаком недостаточного клинического ответа на фоне приема ГКС.

Обладая специфичностью и чувствительностью более 90% [7, 21], ультразвуковая диагностика и МРТ сопоставимы по эффективности выявления субacroмиально-субдельтовидного бурсита и бурсита большого вертела бедренной кости. МРТ суставов кистей – один из методов ранней диагностики РА. H. Marzo-Ortega и соавт. [18] исследовали различие результатов МРТ (с подавлением сигнала от жировой ткани и контрастным усилением) метакарпальных суставов кистей пациентов с полиартритом, отеком кистей и диагнозом РА и РПМ. Среди пациентов обеих групп не выявлено значимых различий в толщине синовиальной оболочки метакарпальных суставов, выраженности теносиновита и выявлении костных эрозий. В то же время отек костного мозга отмечался у 60% больных с РА и 20% с РПМ, а экстракапсулярные проявления обнаружены у 20 и 80% пациентов с РА и РПМ соответственно. По мнению F.M. McQueen [19], одновременное выявление синовита, теносиновита и отека костного мозга является маркером выраженного воспаления суставов и предиктором деструкции, что предопределяет более агрессивный подход к терапии согласно современной концепции лечения РА до достижения цели (treat to target) [26].

ПЭТ и МРТ, как правило, применяются при необходимости дифференциальной диагностики с РА, гигантоклеточным артериитом и опухолями. Имеются отдельные описания специфической ПЭТ-картины у пациентов с РПМ, у которых исследование выполнено с целью исключения гигантоклеточного артериита [21].

Различные клинические симптомы и лабораторные параметры рассматривались в роли ключевых при дифференциальной диагностике между РПМ и РА с дебютом в пожилом возрасте. Помимо рутинных лабораторных тестов, оценивались накопление радиоактивного препарата в области плечевого пояса при сцинтиграфии, уровень цитидиндезаминазы сыворотки, наличие антител к ламинину В2-белку, типирование HLA, уровень интерлейкинов и стероидных гормонов. Например, исследование, посвященное изучению различий секреции цитокинов, выявило значительное увеличение уровня секреции интерлейкина-6 у пациентов с симптомами РПМ (группы РПМ и РПМ/РА) ($p < 0,001$) [10]. Данный фактор не позволяет разграничить РПМ и РА с полимиалгическим синдромом, но может учитываться при выборе вида биологической терапии у таких пациентов.

Отсутствие специфических уникальных признаков обуславливает необходимость разработки диагностических критериев. Использование критериев позволяет избежать ошибок и тем самым повышает точность диагностики. Существует несколько различных вариантов диагностических

Таблица 1
Диагностические критерии РПМ Bird/Wood (1979)

Симптом	Чувствительность, %
Двусторонняя боль/скованность мышц плечевого пояса	90,8
Длительность заболевания <2/52 нед	75,5
СОЭ выше 40 мм/ч	95,7
Утренняя скованность >1 ч	84,9
Возраст старше 65 лет	80,2
Депрессия и/или снижение массы тела	40,0
Двусторонняя чувствительность верхних конечностей	75,5
Диагноз: 3 и более симптомов	99,5%

Таблица 2
Диагностические критерии РПМ Jones/Hazleman (1981)

Симптом	Чувствительность, %
Боль в мышцах плечевого и тазового пояса	90,8
Длительность заболевания >2/12 нед	Не известна
СОЭ >30 мм/ч или С-реактивный белок >6 мг/мл	98,1 Не известна
Утренняя скованность >1 ч	84,9
Отсутствие РА	100,0
Отсутствие заболевания мышц	100,0
Диагноз достоверен при наличии всех критериев, чувствительность не более 84,9%	

Таблица 3
Диагностические критерии РПМ Hunder (1982)

Симптом	Чувствительность, %
Возраст старше 50 лет	100
Двусторонняя болезненность мышц в течение месяца и более: - шеи или туловища - плечевого пояса - бедер	93,3
Исключение других заболеваний	100,0
Диагноз достоверен при наличии всех критериев, чувствительность 93,3%	

критериев РПМ [5, 15] (табл. 1–4). Согласно национальному руководству, в нашей стране к использованию рекомендованы диагностические критерии Н. Bird 1978 г. [2] (см. табл. 1).

В настоящее время по инициативе Европейской противоревматической лиги и Американского колледжа ревматологов группой специалистов из разных стран ведется разработка новых классификационных критериев. В 2012 г. опубликованы предварительные критерии РПМ: 1) утренняя скованность более 45 мин (2 балла); 2) боли в области бедер или ограничение объема движений (1 балл);

Таблица 4
Диагностические критерии РПМ Nobunaga (1989)

Симптом	Чувствительность, %
Двусторонняя боль/скованность мышц более 2 нед в области: - шеи - надплечий - плеч - ягодиц и тазового пояса - бедер	92,3 43,7 90,8 50,2 38,5 64,8
Нормальные показатели «мышечных» ферментов	100
СОЭ выше 40 мм/ч	95,7
Утренняя скованность >1 ч	84,9
Отсутствие отека кистей	85,1
Для диагноза РПМ необходимо наличие всех четырех критериев, чувствительность 67,8%	

3) отсутствие РФ или АСРА (2 балла); 4) отсутствие периферических артритов (1 балл), более 4 баллов предполагает определенный диагноз РПМ [11].

Заключение

РПМ остается заболеванием, причины, механизмы развития и патогенез которого, все еще не ясны. Несмотря на интенсивное изучение возможностей различных визуализирующих методик диагностики РПМ, наиболее актуальной задачей представляется разработка стандартизованных классификационных и диагностических критериев. Лишь использование унифицированного подхода к диагностике дает возможность сопоставлять результаты таких исследований, а в перспективе позволит более детально изучить молекулярные основы заболевания и оптимизировать лечение пациентов, улучшить качество их жизни, сократить частоту развития побочных эффектов терапии.

Литература

1. Бунчук Н.В.: Ревматические заболевания пожилых (избранные). М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 272 с.
2. Ревматология: национальное руководство: Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008.
3. Al-Hussaini A.S., Swanell A.J. Peripheral Joint involvement in polymyalgia rheumatica: a clinical study of 56 cases. *Br. J. Rheumatol.* 1985; 24: 27–30.
4. Bahlas S., Ramos-Remus C., Davis P. Clinical outcome of 149 patients with polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *J. Rheumatol.* 1998; 25: 99–104.
5. Bird H.A., Esselinckx W., Dixon A.S. et al. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann. Rheum. Dis.* 1979, 38: 434–439.
6. Bruce W. Senile rheumatic gout. *Br. Med. J.*, 1888.
7. Cantini F., Salvarani C., Olivieri I. et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case-control study. *J. Rheumatol.* 2001; 28: 1049–55.

8. Caporali R., Montecucco C., Epis O. et al. Presenting features of polymyalgia rheumatic (PMR) and rheumatoid arthritis with PMR-like onset: a prospective study. *Ann. Rheum. Dis* 2001; 60: 1021–1024.
9. Cocquempot K., Defuentes G., Duron-Martineau S. et al. Polymyalgia rheumatica revealing a lung cancer. *Rev. Mal. Respir.* 2013 Jan; 30(1): 67–70.
10. Cutolo M., Montecucco C.M., Cavagna L. et al. Serum cytokines and steroidal hormones in polymyalgia rheumatica and elderly-onset rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65: 1438–1443.
11. Dasgupta B., Cimmino M.A., Maradit-Kremers H. et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatic: a European League Against rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann. Rheum. Dis.* 2012; 71: 484–492.
12. Doran M.F., Crowson C.S., O’Fallon W.M. et al. Trends in the incidence of polymyalgia rheumatica over a 30 year period in Olmsted County, Minnesota, USA. *J. Rheumatol.* 2002, 29: 1694–1697.
13. Gordon J., Rennie A., Branwood A.W. Polymyalgia rheumatic, biopsy study. *Ann. rheum. Dis.* 1964; 23: P. 447.
14. Hantzschel H., Bird H.A., Seidel W. et al. Polymyalgia rheumatic and rheumatoid arthritis of the elderly: a clinical, laboratory and scintigraphic comparison *Ann. Rheum. Dis.* 1991; 50: 619–622.
15. Healey L.A. Polymyalgia rheumatica and the American Rheumatism Association criteria for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1983, 26: 1417–1418.
16. Heijde Van der DMFM, Reil van PLCM, Leeuwen van M.A. et al. Older versus younger onset rheumatoid arthritis: results at onset and after 2 years of a prospective follow-up study of early rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 1991; 18: 1285–9.
17. Kouassi Djaha J.M., Jenvrin C., Dupont M.P. et al. Late onset spondyloarthropathy misdiagnosed as polymyalgia rheumatica /*Rev Med Interne.* 2013 Feb 6. pii: S0248-8663(13)00023-4. doi: 10.1016/j.revmed.2013.01.002.
18. Marzo-Ortega H., Rhodes L.A., Tan A.L. Evidence for a different anatomical basis for joint disease localization in polymyalgia rheumatic in comparison with rheumatoid arthritis/*Arthr. Rheum.* 2003; 48:1207–13.
19. McQueen F. M. Comment on: The use of MRI in early RA: reply/*Rheumatology* 2009;48:451 doi:10.1093/rheumatology/ken478.
20. Salvarani C., Cantini F., Macchioni P. et al. Distal musculoskeletal manifestations in polymyalgia rheumatica: a prospective follow-up study. *Arthr. Rheum.* 1998; 41: 1221–6.
21. Salvarani C., Cantini F., Hude G. G.: Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008; 372: 234–45.
22. Scheel A.K., Matteson E.L., Dasgupta B., et al.: Reliability exercise for the polymyalgia rheumatic classification criteria study: the orajewoud ultrasound substudy / *Int Journ of Rheu, Vol* 2009/738931.
23. Smeeth L., Cook C., Hall A.J.: Incidence of diagnosed polymyalgia rheumatica and temporal arteritis in the United Kingdom, 1990–2001/*Ann. Rheum. Dis.* 2006; 65: 1093–1098.
24. Soubrier M., Dubost J.-J., Ristori J.-M.: Polymyalgia rheumatica: diagnosis and treatment. *Joint Bone Spine* 73 (2006) 599–605.
25. Villa-Blanco J. I., Calvo-Ale J.: Elderly Onset Rheumatoid Arthritis: differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs. Aging.* 2009; 26 (9): 739–750.
26. Wit M. P.T., Smolen J. S., Gossec L., Heijde D.M.F. van der: Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations. *Ann. Rheum. Dis.* 2011; 70: 891–895.