

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ У ЖИТЕЛЕЙ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Т.Ю. Кочерова, Э.Н. Оттева,  
Краевая клиническая больница № 1,

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

## Резюме

**Цель.** Изучить клиническую картину и значимость диагностических критериев ревматической полимиалгии (РПМ) у пациентов Хабаровского края.

**Материал и методы.** 76 больных (63 жен., 13 муж.) с достоверным диагнозом РП (в соответствии с модифицированными диагностическими критериями Н. Bird, 1997, 2001). Средний возраст больных на момент постановки диагноза –  $66,2 \pm 1,0$  года. Определялись частота и интенсивность встречаемости миалгического, суставного синдромов, лабораторных изменений, эффект малых доз глюкокортикоидов (ГК).

**Результаты.** Ежегодно в Хабаровском крае выявлялось от 4 до 9 новых случаев РПМ. Длительность болезни до постановки диагноза в среднем составила  $7,5 \pm 1,0$  мес. Типичное начало заболевания с вовлечения мышц шеи, плечевого и тазового пояса наблюдалось у 69 пациентов (86,3 %); у 11 (13,7 %) заболевание дебютировало с суставного синдрома, причём у 3-х больных (3,8 %) дебют напоминал болезнь McCarty. Наиболее часто в процесс вовлекались коленные и лучезапястные суставы (43,8 % и 25,0 %). Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортонга) развился в 5,3 % случаев. У 68 больных (89,5 %) уровень СОЭ значительно превышал 30 мм/час. В 8 случаях (10,5 %) СОЭ оставалась нормальной. При проведении ГК теста положительный ответ был получен в течение нескольких часов у 3-х больных (3,9 % случаев). В первые сутки приема ГК тест был расценен как положительный у 6 пациентов (7,9 %), через трое суток – у 59 больных (77,7 %), к концу недели – у 8 человек (10,5 %).

**Заключение:** Течение РПМ у жителей Дальнего Востока не отличается от классической картины заболевания; большое значение для диагностики болезни, имеем тесту с малыми дозами ГК.

**Ключевые слова:** *ревматическая полимиалгия, диагностические критерии, глюкокортикоидная терапия*

По современным представлениям, ревматическая полимиалгия (РПМ) – это системное воспалительное ревматическое заболевание, относящееся к группе системных васкулитов.

Выделение диагноза РПМ среди других дегенеративных и воспалительных ревматических заболеваний является принципиальным моментом, поскольку РП эффективно лечится глюкокортикоидами (ГК) с достижением ремиссии или выздоровления [4, 7, 12, 13].

Болезнь встречается практически на всех континентах. Пик заболеваемости приходится на седьмой десяток жизни, женщины болеют в 2-3 раза чаще мужчин. Эпидемиологические исследования, проводившиеся в Швеции, Дании, США и Италии, показали, что распространённость РПМ в разных

странах варьирует незначительно и составляет от 4,9 до 11,1 случаев на 100 тыс. населения. Среди группы риска (лица в возрасте старше 50 лет) РПМ встречается от 12,7 случаев (Италия) – до 53,7 случаев (США) на 100 тыс. населения.

Клиническая картина РПМ уникальна и своеобразна: дебютирует в пожилом возрасте, характеризуется остро развивающимся болевым синдромом с вовлечением мышц плечевого, тазового пояса, шеи, носящим симметричный характер, а также сопровождается значительным подъёмом уровней СОЭ/СРБ и проявляет яркий эффект при назначении малых доз преднизолона. РПМ относится к числу заболеваний, диагноз которых основывается преимущественно на основании клинической картины [9]. Несмотря на это, поставить диагноз РПМ можно, лишь зная об этом заболевании. По словам Н.В. Бунчука, «врач, однажды правильно поставивший диагноз, вряд ли ошибётся в следующий раз». В то же время ошибочная диагностика в

течение первых месяцев болезни нередко, что ведёт к поздней постановке диагноза, несвоевременному назначению терапии и к худшему прогнозу [1, 2, 3, 4, 7, 12].

На сегодняшний день существует несколько вариантов диагностических критериев РПМ, используемых в медицинской практике. Критерии РПМ разрабатывались такими авторами, как В. Harmin (1972), Н. Bird (1979), J. Jones и В. Hazelman (1981), J. Hunder (1982), L. Healey (1984). Минимальный набор критериев, требующихся для постановки диагноза, варьирует от трёх до семи. В связи с этим существует ряд проблем, связанных с применением диагностических критериев.

Во – первых, диагностические критерии РПМ, используемые в различных исследованиях, отличаются друг от друга, а отсутствие консенсуса затрудняет последующее сравнение результатов этих исследований. Во-вторых, значительное увеличение СОЭ является наиболее типичной чертой РПМ, однако у 10-20 % пациентов встречаются нормальные показатели СОЭ, что не исключает диагноза РПМ. Более того, уровень СОЭ не является критерием для назначения лечения и не влияет на прогноз заболевания. В ряде исследований показано, что увеличение СОЭ не является абсолютным диагностическим критерием РПМ, как это считалось ранее [13, 19].

В третьих – существуют другие атипичные черты РПМ, которые необходимо учитывать при постановке диагноза [12, 14].

В настоящее время в литературе дискутируется вопрос о консенсусе по оптимальным и надёжным критериям РПМ.

На Европейском конгрессе ревматологов (Прага, 2001) обсуждался вопрос о принятии критериев Н. Bird в сочетании с дополнительным тестом – быстрым ответом на глюкокортикоиды (ГК) (рег ос), которые обладают 99 % чувствительностью [13, 22]. Принципиально важно при этом учитывать особенности болевого синдрома при РПМ.

Болевые ощущения всегда имеют типичную локализацию – это области плечевых суставов, проксимальные отделы плечей, область шеи, тазобедренных суставов, ягодичная область, проксимальные отделы бёдер. Обязательна двусторонняя локализация болей, интенсивный и длительный характер болевого синдрома, носящего «воспалительный» характер [2,3,4,6,7, 21].

В разгар болезни у большинства пациентов отмечается снижение мышечной силы, вплоть до полного обездвиживания, хотя пальпация мышц при этом остается безболезненной. Активные движения верхних и нижних конечностей ограничены, пассивные – сохранены. Характерно отсутствие болевого синдрома в покое.

Ограничение объема и амплитуды движений в плечевых, тазобедренных суставах, в шейном

отделе позвоночника также является характерным признаком РПМ.

Для оценки объёма движений в этих отделах используется показатель элевации, который подразделяется на четыре степени 0 – 3 [14, 19]:

3 степень – невозможность поднять руки вверх или полное отсутствие движений верхних конечностей

2 степень – пациент поднимает руки вверх в пределах  $0^\circ - < 90^\circ$ , т.е. ниже уровня плечевого пояса

1 степень – пациент поднимает руки вверх в пределах  $90^\circ$ , т.е. на уровне плечевого пояса

0 степень – пациент поднимает руки вверх в пределах  $0^\circ - 180^\circ$ , т.е. выше уровня плечевого пояса.

Назначение преднизолона, даже в небольших дозах (10-15 мг/день), приводит к быстрому положительному эффекту («dramatic effect») в течение 1-3 дней, что в настоящее время считается обязательным дополнительным критерием и значительно помогает в диагностически трудных случаях.

Наиболее значимыми лабораторными изменениями, встречающимися при РПМ, являются выраженное повышение острофазовых показателей СОЭ и СРБ. СОЭ считается наиболее чувствительным, но неспецифическим показателем болезни, его уровень при РПМ, как правило, выше 40-50 мм/час [14,18,22]. Выявление больных с нормальными показателями СОЭ не должно быть основанием для снятия диагноза РПМ и удлинением времени до назначения ГК.

Кроме миалгического синдрома при РПМ описывается и клинически выявляемый **артрит**. Частота встречаемости артрита, по данным различных авторов, колеблется от 15 % до 69 %. Как правило, в процесс вовлекается небольшое число крупных и средних суставов, это преимущественно коленные, лучезапястные, грудино-ключичные и очень редко – мелкие суставы кистей или стоп, причём симметричность поражения необязательна [1]. По данным James D. Singleton, артрит носит преимущественно транзиторный характер и умеренно выражен. Е. Л. Насонов отмечает, что артрит обычно развивается в дебюте заболевания, но может присоединяться и спустя несколько недель после развития типичной клинической картины РПМ, быстро проходит на фоне ГК терапии и в дальнейшем не рецидивирует [7]. Морфологической основой артрита при РПМ является неспецифический синовит.

Поражение плеча в виде субакромиальных/субдельтовидных бурситов является частым признаком РПМ, привлекающим внимание в последние годы и требующим дальнейшего изучения [15,16,17].

Вопрос о рациональной оценке активности болезни, показателей эффективности и безопасности терапии и значимости её влияния на исходы в последние годы активно обсуждается зарубежными и отечественными исследователями [12, 14, 20].

До настоящего времени остаются нерешенными

вопросы, касающиеся длительности применения ГК и их дозы при РПМ. Известно отрицательное действие ГК на костный метаболизм, течение сердечно-сосудистых заболеваний. Однако адекватное применение ГК при РП приводит к стойкой ремиссии заболевания, улучшает качество и увеличивает продолжительность жизни больных, позволяет избежать кардиоваскулярных катастроф у людей пожилого возраста.

Актуальность настоящей проблемы связывается с ожидаемым постарением населения земли с удвоением числа жителей старше 50 лет к 2020 г. В связи с этим ранняя диагностика РПМ, адекватное лечение и мониторинг заболевания приобретают особое значение.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей клинической картины и значимости диагностических критериев РПМ.

### **Материал и методы**

В основу работы положены данные клинико-лабораторного и инструментального обследования и лечения 76 пациентов (63 жен., 13 муж.) с достоверным диагнозом РП (по критериям ASR), находившихся на лечении в ревматологическом отделении краевой клинической больницы №1 г. Хабаровска с 1991 по 2005 гг.

Соотношение муж./жен. составило 1:4,8. Возраст больных на момент постановки диагноза колебался от 48 до 85 лет (средний —  $66,2 \pm 1,0$  г.).

Ежегодно выявлялось от 4 до 9 новых случаев заболевания. Длительность болезни до постановки диагноза колебалась от 1 до 96 мес (в среднем  $7,5 \pm 1,0$  мес.).

При постановке диагноза РПМ мы пользовались диагностическими критериями Н. Bird (1979г.) в модификации 2001 г. [13].

- Возраст старше 45 лет
- СОЭ более 40 мм/час
- Двусторонняя боль симметричного характера в области верхних конечностей
- Продолжительность симптомов более 2-х недель

- Утренняя скованность более 1 часа
- Депрессия и /или потеря веса
- Быстрый эффект малых доз преднизолона

Для постановки диагноза РПМ было необходимо наличие всех вышеприведённых критериев заболевания.

Клинические методы оценки костно-суставного аппарата включали в себя определение интенсивности боли, ощущаемой пациентом и оцениваемой врачом, длительности утренней скованности, болезненности, припухлости суставов, состояния скелетных мышц, а также общую оценку активности болезни и функциональных способностей больного [6,8].

Оценка интенсивности боли проводилась по

визуальной аналоговой шкале (ВАШ). За 0 мм принималось отсутствие боли, за 100 мм — нетерпимая боль. Оценка осуществлялась пациентом и врачом.

Мышечная сила оценивалась врачом по 5 балльной системе:

- 0 баллов — движений нет
- 1 балл — напряжение мышцы
- 2 балла — значительно снижена
- 3 балла — умеренно снижена
- 4 балла — хорошая
- 5 баллов — нормальная мышечная сила.

Индекс активности (ИА) рассчитывался следующим образом [20]:

$ИАРПМ = ВАШ \text{ пациента } (0-10 \text{ см}) + ВАШ \text{ исследователя } (0-10 \text{ см}) + (\text{утренняя скованность в мин. } \times 0,1) + \text{элевазия верхних конечностей } (3-0) + \text{СОЭ мм/час } \times 0,1$ , где 0,1 — поправочный стандартный коэффициент.

Индекс активности оценивался в баллах: низкая степень активности < 7, средняя степень активности 7 — 17, высокая степень активности > 17 баллов.

Эти показатели определялись при госпитализации и выписке больного из ревматологического отделения, а также при повторных осмотрах больных через 1 — 3 — 6 — 12 мес.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica for Windows, версия 6». Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения, стандартного отклонения и в процентах. Для сравнения количественных признаков в сравниваемых группах применялся непарный критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при значении  $p < 0,05$ .

### **Результаты**

По данным проведённого исследования клиническая картина РПМ у жителей Хабаровского края, в основном, не отличалась от классической. Заболевание начиналось остро, на фоне относительного благополучия и отсутствия каких-либо тяжёлых фоновых состояний, сопровождалось лихорадкой до  $38^\circ$  у 45 чел. (59,2 %), снижением массы тела более чем на 5- 10 кг у 42 больных (55,3 %).

Типичное начало заболевания с вовлечения мышц шеи, плечевого и тазового пояса наблюдалось у 69 пациентов (86,3 %), у 11 (13,7 %) оно дебютировало с суставного синдрома, причём у 3-х больных (3,8 %) дебют напоминал болезнь McCarty. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона) развивался в 5,3 % случаев (табл. 1).

В дальнейшем **миалгический синдром** развивался у всех больных РП, постепенно нарастая и усиливаясь во второй половине ночи. Боль носила двусторонний симметричный характер, её интенсивность увеличивалась при движении. В разгар болезни пациенты были практически полностью обездвижены: активные движения в плечевых и тазобе-

Таблица 1

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РП

Показатели	ККБ №1 (n=76) M±m (%)	Н.В. Бунчук (n=67) M±m (%)	p
Снижение массы тела	55,3±5,7	52,0±6,1	> 0,05
Лихорадка	59,2±5,6	54,0±6,1	> 0,05
Дебют с миалгического синдрома	86,3±3,9	100-5,6	> 0,05
Дебют с суставного синдрома	13,7±3,9	15±5,6	> 0,05
Болезнь Хортона	5,3±2,5	32,6±5,7	< 0,05

ренных суставах ограничивались за счёт боли и снижения мышечной силы (табл. 2).

Таблица 2

## МИАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАЗГАР РП

Локализация миалгического синдрома	Н.В. Бунчук (n=67)	ККБ №1 (n=76)
Три классических локализации	52 (78 %)	20 (26,3 %)*
Две локализации	15 (22 %)	56 (73,7 %)*
Плечевой пояс + шея	6 (40 %)	22 (39,3 %)
Плечевой + тазовый пояс	8 (53 %)	34 (60,7 %)
Тазовый пояс + шея	1 (7 %)	0

\* Примечание: статистически достоверное различие показателя (p<0,05).

Отмечалась высокая интенсивность болевого синдрома в среднем по группе, которая колебалась от 40,0 мм до 90,0 мм (в среднем – 69,1 ± 15,2 мм (оценка пациентом) и 66,1 ± 14,3 мм (оценка врачом)). Утренняя скованность колебалась от 60 до 240 мин (в среднем 123,4 ± 44,8 мин).

В 61,8 % случаев уровень элевации верхних конечностей составил 2 балла, у 21,0 % больных – достигал 3-х баллов, у 17,1 % – 1 балла. 16 больных (21%) были полностью обездвижены.

Средняя мышечная сила соответствовала 2,6 ± 4 балла, индекс активности РПМ – 32,8 ± 0,8.

Суставной синдром имелся у 32 больных (42,1 % случаев). Симметричное поражение суставов отмечалось у 8 больных (25,0 %). В процесс преимущественно были вовлечены крупные суставы верхних и/или нижних конечностей: коленные (43,8%), лучезапястные (25%), плечевые.

Изолированного суставного синдрома не было, у всех больных он сочетался с болью в мышцах плечевого пояса, шеи или бедер.

Восемь человек (10,5 %), которые в начале исследования были внесены в группу больных РПМ, в результате динамического наблюдения через 4 – 6 мес были исключены из-под наблюдения в связи с развитием у них типичной клиники ревматоидного артрита (РА).

При лабораторном обследовании у 63 пациентов (82,9 %) была выявлена анемия, причём в 13 случаях (17,1 %) уровень гемоглобина был ниже 100 г/л, у 50 больных (65,8 %) он колебался в пределах 100 – 120 г/л, у 13 чел. (17,1 %) – оставался нормальным.

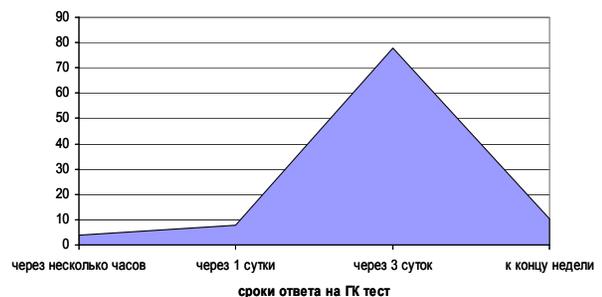
Величина СОЭ варьировала от 13 до 84 мм/час, у большинства больных (89,5 %) уровень СОЭ значительно превышал 30 мм/час. В 8 случаях (10,5%) СОЭ оставалась нормальной. Ревматоидный фактор (РФ) отсутствовал у всех наших пациентов с РПМ.

Выраженных изменений иммунологических показателей не наблюдалось, лишь у 13 больных (17,1 %) определялось повышение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) более 56 у.е.

При проведении ГК теста положительный ответ был получен в течение нескольких часов у 3-х больных (3,9 % случаев). В первые сутки ГК тест был расценен как положительный у 6 пациентов (7,9 %), через трое суток – у 59 больных (77,7 %), к концу недели – у 8 человек (10,5 %) (рис.).

Рисунок 1

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НА ГК ТЕСТЫ



## Обсуждение

При оценке результатов исследования было установлено, что наличие в клинической картине общевоспалительных симптомов (лихорадка, анорексия, похудание), не являющихся специфическим признаком РП часто встречается в дебюте болезни. В нашем исследовании лихорадка отмечалась у 59,2% больных, снижение массы тела – в 55,3 % случаев. Данные зарубежных авторов по этому вопросу существенно различаются. Так, Wu Hu – Sheng [24] указывает на снижение веса у больных РП в 66,7 % случаев, лихорадку – у 61,1 % заболевших. По данным R. Sarogali [16, 17], снижение веса и лихорадка обнаруживались у 38,5% и 35,4 % больных соответственно.

Симметричное вовлечение мышц плечевого пояса встречается в 100 % случаев как по данным литературы, так и по полученным нами результатам. У всех пациентов болевые ощущения при РПМ имеют типичную локализацию (шея, плечевой и тазовый пояс). Миалгический синдром с вовлечением трёх типичных областей в разгар болезни отмечался у 26,3 % наблюдавшихся нами больных, что достоверно (p<0,05) меньше данных Н.В. Бунчука (78 % больных). Частота одновременного

вовлечения мышц плечевого и тазового пояса в нашем исследовании (60,7 % больных) существенно не отличалась от результатов других авторов. Так, по данным Н.В. Бунчука, оно встречалось у 53% больных [1,2,3,4,5,10,11].

Артрит при РПМ, по данным различных авторов, развивается от 15 % до 69 % случаев. Как правило, в процесс вовлекается небольшое число крупных и средних суставов, это преимущественно коленные, лучезапястные, грудино-ключичные и очень редко – мелкие суставы кистей или стоп, причём симметричность поражения не обязательна [1,2,3,4,5,10,11].

По данным J. Narvbeiz [21], суставной синдром в дебюте или в течение болезни присутствовал у 20 % больных, а J. T. Gran and G. Myklebust [19] отмечает артрит в 38,5 % случаев, в дебюте – у 14,7 % больных изолированной РПМ.

По нашим данным, артрит у больных РПМ в начале заболевания встречался в 13,7 % случаев, что сопоставимо с результатами Н.В. Бунчука (15,4 %) [1, 2, 3, 4, 5, 10, 11].

В разгар болезни суставной синдром отмечается в 20 % случаев по данным испанских исследователей, в 38,5 % у норвежских ревматологов, по данным Н.В. Бунчука и нашим результатам – в 44,8 % и 42,1 % ( $p > 0,05$ ).

Определённые различия имеются в частоте развития артритов в отдельных суставных группах. Так, по данным ревматологов Норвегии [19] и Испании [21], наиболее часто в процесс вовлекаются коленные (в 55 % и 46,7 %), лучезапястные суставы (в 35% и 42 %) и пястно-фаланговые (25 % и 42,5 %) – и соответственно). По нашим данным, достоверно чаще в процесс вовлекаются коленные суставы – у 43,8 % больных ( $p < 0,05$ ); у 25 % больных имелось поражение лучезапястных суставов и только в 3,1 % случаев – пястно-фаланговых и межфаланговых суставов ( $p < 0,05$ ).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бунчук Н.В. Никитин С.С., Диагностика ревматической полимиалгии. Клини. мед., 1986, 5, 80-85//.
2. Бунчук Н.В. Рытикова М.И. Клинические проявления ревматической полимиалгии. Тер. архив, 1991, 4, 106-109.
3. Бунчук Н.В. Ревматическая полимиалгия. Клини. мед., 1993, 1, . 61-71.
4. Бунчук Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. М., 1992.
5. Кочерова Т.Ю., Оттева Э.Н. Значимость диагностических критериев ревматической полимиалгии. Росс. ревматол., 1999, 5, 62.
6. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. Санкт-Петербург, 2001, 19-58.
7. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П.

Статистически достоверная разница отмечена в частоте развития у пациентов с РПМ болезни Хортона, которая в нашем исследовании составляла всего  $5,3 \pm 2,5$  %, (по данным Н.В. Бунчука,  $32,6 \pm 5,7$  %); ( $p < 0,05$ ).

Ускорение СОЭ до 40-70 мм/час считается обязательным признаком РПМ, сопровождаемым изменениями других неспецифических показателей воспаления. По нашим данным, уровень СОЭ колебался от 13 до 84 мм/час. Повышение СОЭ выше 35 мм/час отмечалось в 69,0 % случаев (по данным Н.В. Бунчука – 90,5 %). Хотя повышение СОЭ является важным диагностическим критерием РП, у 10-20 % больных этот показатель остаётся нормальным при наличии других критериев РПМ. По данным David Barraclough [12], нормальный уровень СОЭ отмечается у 13 % больных. В нашем исследовании у 8 больных (10,5 %) СОЭ оставалась на нормальном уровне, что не противоречит данным других исследователей.

Быстрый и «драматический эффект» малых доз преднизолона (10-15 мг/сут) при РПМ отмечается всеми исследователями. В нашем исследовании положительный эффект преднизолона через 3 дня системного применения проявился у 89 % больных, через неделю – у всех пациентов (100 %), что полностью совпадает с результатами, полученными Н.В. Бунчуком [1,2,3,4].

Таким образом, проведённое клиническое исследование показало, что для правильной и своевременной диагностики РПМ удобно пользоваться модифицированными критериями Н. Bird, которые включают значимые клинические и лабораторные показатели заболевания. Применение данных критериев позволяет своевременно поставить диагноз и назначить адекватную терапию, что приводит к последующей ремиссии или полному выздоровлению больных РПМ.

Васкулиты и васкулопатии. Ярославль, Верхняя Волга, 1999, 368-382.

8. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В. Методическое пособие для врачей. Методы оценки поражения суставов. М., 2001, 32.
9. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В. Глюкокортикоиды при ревматоидном артрите: за и против. РМЖ, 2004, 12, 6 (206) 408-413.
10. Островский А.Б., Оттева Э.Н. Ревматическая полимиалгия. 2-ой Всеросс. съезд ревматол., Тула, 1997, с.141.
11. Оттева Э.Н., Кочерова Т.Ю. Клиническая картина и течение ревматической полимиалгии. Научно – практич.ревматол., Тез. 4-го съезда, Казань, 2005, 3, 94.
12. Barraclough D. Problems in the management of

- polymyalgia rheumatica and giant cell arthritis. Proceed. 9<sup>th</sup> Asia Pacific League of Assoc. for Rheumatol. Congress. APLAR, 2000, May 21-26, Beijing, China, 110.
13. Bird H. European diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica Ann. Rheum. Dis., 2001, 60, suppl 1, 1060-1063.
  14. Brian F. M. Polymyalgia rheumatica: Clinical presentation is key to diagnosis and treatment. Cleveland Clin. J. M., 2004, 71, 6, 489.
  15. Cantini F. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case control study. Rheumatol., 2001, 28(5), 1049 -1055.
  16. Cantini F. Inflamed shoulder structures polymyalgia rheumatica and in rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., 2001, 44(5), 1155 -1059.
  17. Caporali R. Presenting features of polymyalgia rheumatica and rheumatoid arthritis with PMR – like onset. Ann. Rheum. Dis., 2001, 60, 1021-1024.
  18. Evans J.M., Hunder G.G. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Rheum. Dis. Clin. North Am., 2000, 26, 493–515.
  19. Gran J. T. Myklebust G. The incidence and clinical characteristics of peripheral arthritis in polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: a prospective study of 231 cases Rheumatology, 2000, 39, 283–287.
  20. Leeb B.F., Bird H.A. A disease activity score for polymyalgia rheumatica. Ann. Rheum. Dis., 2004, 63(10), 1279-1283.
  21. Narvѳez J. Nolla-Solѳ J. M., Musculoskeletal manifestations in polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. Ann. Rheum. Dis., 2001, 60, 1060-1063.
  22. Salvarani C., Cantini F., Boiardi L. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. N. Engl. J. Med., 2002, 347, 261–271.
  23. Smolen J.S., Breedveld F.C. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. Rheumatology, 2003, 42, 244-257.
  24. Wu Hu-Sheng, Tang Fu Lin. Abstr. Aplar 2000, May 21-26, 382.

Поступила 10.07.07

### Abstract

T.Y. Kocherova, E.N. Otteva

#### Clinical picture of polymyalgia rheumatica in Habarovsk region's residents

**Objective.** To study clinical picture and significance of diagnostic criteria of polymyalgia rheumatica (PMR) in pts of Habarovsk region.

**Material and methods.** 76 pts (63 female, 13 male) fulfilled modified PMR diagnostic criteria (h. Bird 1997, 2001) were included. Mean age of the patients at the diagnosis was  $66,2 \pm 1,0$  years. Frequency and intensity of myalgia and joint syndrome, laboratory changes, and efficacy of corticosteroid (CS) low doses were evaluated.

**Results.** Annually 4-9 new cases of PRM were revealed in Habarovsk region. Mean duration of the disease before the diagnosis was  $7,5 \pm 1,0$  months. 69 pts (86,3%) had typical disease onset with cervical, shoulder, pelvic muscles involvement. In 11 pts (13,7%) joint syndrome was the presenting feature and in 3 pts the disease onset resembled McCarty disease. Knee and wrist joints were involved most frequently (43,8% and 25,0% respectively). Giant cell arteritis (Horton disease) developed in 5,3% of cases. ESR exceeded 30 mm/hour in 68 pts (89,5%). In 8 pts (10,5%) ESR remained in normal limits. CS test in 3 pts (3,9%) provided positive result after the first several hours, in 6 pts (7,9%) – during the first day, in 59 pts (77,7%) – after 3 days and in 8 pts (10,5%) – to the end of the week.

**Conclusion.** PMR course in the Far East residents did not differ from classical picture. CS low doses administration is an important test for PMR diagnosis.

**Key words:** *polymyalgia rheumatica, diagnostic criteria, corticosteroid therapy*