Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01095&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01095. Ревматична поліміалгія

Автор: Tom Pettersson
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-07-29

Основні положення

- Серед великої кількості пацієнтів з больовим синдромом необхідно виділити тих, у кого симптоми значно зменшуються після прийому низьких доз глюкокортикоїдів.
- Пацієнт із типовою ревматичною поліміалгією і хорошою відповіддю на терапію глюкокортикоїдами може лікуватись на первинній медичній допомозі. Підозра на скроневий артеріїт [настанова 00789|Скроневий (гігантоклітин…], нетипові клінічні прояви та недостатня відповідь на лікування є показаннями для консультації у спеціалізованій медичній допомозі.

Загальна інформація

- Ревматична поліміалгія є хронічним запальним захворюванням невідомої етіології.
- Клінічна картина характеризується наявністю болю і скутості в м'язах, а також системними симптомами.
- У 15–30% пацієнтів з ревматичною поліміалгією може мати місце скроневий артеріїт [настанова 00789|Скроневий (гігантоклітин…].

Епідеміологія

- Частота ревматичної поліміалгії становить приблизно 500 випадків на 1 млн. населення.
- Частіше хворіють жінки. Захворювання майже завжди спостерігається у віці старше 50 років. Максимальна захворюваність відзначається серед осіб віком 70 років.

Симптоми

- Симетричний біль і скутість в шиї, плечовому поясі, плечах, поперековій ділянці і стегнах тривалістю більше одного місяця. Біль посилюється вночі і вранці, супроводжується тривалою ранковою скутістю.
- Загальні симптоми: втомлюваність, втрата ваги, зниження апетиту, лихоманка, депресія
- Початок захворювання зазвичай досить гострий. Пацієнт може вказати точний день появи симптомів.
- Через зв'язок між ревматичною поліміалгією та скроневим артеріїтом важливо розпізнати клінічну картину, яка включає головний біль, ішемічний біль у м’язах нижньої щелепи, болючість при пальпації волосистої частини голови, порушення зору і переміжну кульгавість кінцівок. Ці симптоми повинні спрямувати діагностичний пошук у напрямку скроневого артеріїту [настанова 00789|Скроневий (гігантоклітин…]].

Клінічні ознаки

- Болюче обмеження рухів у плечових і кульшових суглобах
- Болючі точки, характерні для фіброміалгії, відсутні, але може відзначатися болючість при пальпації плечей і стегон.
- Іноді спостерігаються артрити променево-зап'ясткових суглобів або суглобів пальців, що нагадує ревматоїдний артрит. В осіб похилого віку ревматоїдний артрит може дебютувати у вигляді поліміалгії.

Дослідження

- На етапі діагностики необхідно провести такі лабораторні дослідження: ШОЕ, СРБ, загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів.
- Для диференційної діагностики можуть також знадобитися інші лабораторні дослідження; див. розділи Діагностика і Диференційна діагностика

Діагностика

- Для встановлення діагнозу часто достатньо клінічних даних: вік старше 50 років, типова клінічна картина, підвищення ШОЕ (> 40 мм/год) і швидка суб'єктивна відповідь на преднізолон (10–20 мг/добу) протягом 3 днів.
- ШОЕ є хорошим скринінговим тестом при підозрі на ревматичну поліміалгію, як причину кістково-м'язового болю (порівняно з фіброміалгією [настанова 00395|Фіброміалгія]).
- Лабораторні показники демонструють типові ознаки генералізованого запалення: крім підвищеної ШОЕ, відзначається значне збільшення концентрації СРБ плазми, незначна або помірна нормоцитарна анемія і тромбоцитоз. Може підвищуватися рівень лужної фосфатази в плазмі. Ревматоїдний фактор та антицитрулінові антитіла зазвичай є негативними. Концентрація креатинкінази в нормі (порівняно з поліміозитом).
- Ультразвукове дослідження плечових і кульшових суглобів є корисною складовою початкових досліджень. Воно часто дозволяє виявити бурсит, теносиновіт або синовіт. Запалення м'яких тканин також можна підтвердити за допомогою МРТ або ПЕТ сканування. Останнє дослідження здатне виявити субклінічне запалення у стінках великих артерій.
- Проведення біопсії скроневої артерії (відео [відео 00061|Temporal artery biopsy]) показане лише за наявності симптомів і ознак, що вказують на можливість скроневого артеріїту.
- Виключення латентних злоякісних новоутворень у пацієнтів із типовою ревматичною поліміалгією є необов'язковим.

Диференційна діагностика

- Значна кількість захворювань може нагадувати ревматичну поліміалгію.
    - Ревматоїдний артрит [настанова 00456|Rheumatoid arthritis]
    - Спондилоартропатія [настанова 00443|Анкілозивний спондиліт т…]
    - Захворювання сполучної тканини і васкуліти [настанова 00449|Васкуліти]
    - Поліміозит
    - Остеоартрит [настанова 00396|Остеоартроз]
    - Порушення ротаторної манжети плеча [настанова 00405|Пошкодження ротаційної м…]
    - Адгезивний капсуліт
    - Фіброміалгія [настанова 00395|Фіброміалгія]
    - Гіпотиреоз [настанова 00514|Hypothyroidism]
    - Вірусні інфекції та інші інфекційні захворювання
    - Множинна мієлома [настанова 00325|Множинна мієлома (ММ)] та інші злоякісні пухлини
    - Депресія [настанова 00716|Депресія]

Лікування

- Лікування ревматичної поліміалгії полягає у прийомі низьких доз глюкокортикоїдів, які зазвичай усувають або значно зменшують симптоми протягом кількох днів.
- Початкова доза преднізолону становить 15–20 мг/добу. Якщо симптоми не зменшуються через 3–5 днів, слід засумніватись у правильності встановленого діагнозу. Необхідність застосування вищих доз глюкокортикоїдів виникає рідко.
- Лікарський засіб в початковій дозі приймають 2-4 тижні. Після цього дозу можна поступово знижувати, спостерігаючи за динамікою симптомів і рівнем СРБ (СРБ є більш чутливим показником і швидше реагує, ніж ШОЕ).
- Дозу преднізолону спочатку знижують на 2,5 мг щомісяця, потім повільніше. Підтримуюча доза становить 5-7,5 мг/добу.

- Лікування триває (6–)12–24 місяців. Для деяких пацієнтів необхідний прийом глюкокортикоїдів протягом кількох років, а іноді лікування взагалі неможливо припинити.
- Терапія глюкокортикоїдами усуває симптоми, але не зменшує тривалість захворювання.
- Якщо лікування було припинено надто рано і виникає загострення захворювання, відновлення прийому глюкокортикоїдів у вищій дозі дозволяє знову зменшити симптоми.
- Якщо відповідь на преднізолон залишається недостатньою або якщо на лікарський засіб є побічні ефекти (остеопороз, цукровий діабет), до лікування можна додати метотрексат чи азатіоприн.
- Профілактику остеопорозу починають з моменту прийняття рішення про початок терапії глюкокортикоїдами.
    - Необхідно забезпечити достатнє вживання кальцію і вітаміну Д.
    - Оскільки пацієнти переважно є людьми похилого віку і передбачається тривала терапія глюкокортикоїдами, на практиці майже у всіх випадках починають прийом бісфосфонатів або інших специфічних антиостеопоротичних лікарських засобів.
    - Питання про відміну антиостеопоротичного лікарського засобу вирішують після завершення лікування глюкокортикоїдами.

Спостереження

- Метою є підбір найменшої дози глюкокортикоїдів, що залишається ефективною. Дозу визначають індивідуально для кожного пацієнта під контролем запальної активності захворювання.
- Під час терапії глюкокортикоїдами контрольні огляди спочатку показані кожні 4–8 тижнів, далі - кожні 8–12 тижнів.
- Крім клінічного огляду, для оцінки запальної активності захворювання визначають рівень СРБ.
- Під час контрольних оглядів слід також звертати увагу на можливі побічні ефекти терапії глюкокортикоїдами (див. [настанова 00882|Pharmacological glucocor…]), а також можливе супутнє захворювання.

- Необхідний контроль наступних лабораторних показників: ШОЕ, СРБ, загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, креатинін, глюкоза та електроліти плазми.

Прогноз

- Хвороба має тенденцію до рецидивів. Пацієнти зазвичай розпізнають появу симптомів і відразу звертаються за медичною допомогою.

Пов’язані джерела

- Клінічні настанови [пов'язані 01135|Polymyalgia rheumatica –…]
- Література [пов'язані 01135|Polymyalgia rheumatica –…]

Настанови

- Настанова 00789. Скроневий (гігантоклітинний) артеріїт.
- Настанова 00395. Фіброміалгія.
- Настанова 00456. Rheumatoid arthritis.
- Настанова 00443. Анкілозивний спондиліт та аксіальний спондилоартрит.
- Настанова 00449. Васкуліти.
- Настанова 00396. Остеоартроз.
- Настанова 00405. Пошкодження ротаційної манжети плечового суглоба.
- Настанова 00514. Hypothyroidism.
- Настанова 00325. Множинна мієлома (ММ).
- Настанова 00716. Депресія.
- Настанова 00882. Pharmacological glucocorticoid treatment.

Відео

- Відео 00061. Temporal artery biopsy.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical

Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01095 Ключ сортування: 021.045 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-07-29

Автор(и): Tom Pettersson Редактор(и): Anna Kattainen Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology Internal medicine Rheumatology

Ключові слова індексу
icd-10: M31.5 icd-10: M35.3 icpc-2: K99 speciality: Rheumatology speciality: Internal medicine speciality: Neurology
mesh: Polymyalgia rheumatica Myalgia Muscle pain Arthralgia mesh: Corticosteroid treatment
mesh: Systemic glucocorticoid therapy Glucocorticoids mesh: Prednisone mesh: Methylprednisolone
mesh: Blood Sedimentation mesh: Temporal Arteritis mesh: Amaurosis Fugax mesh: Vision Disorders mesh: Headache
mesh: temporal artery biopsy mesh: Claudication icpc-2: L99