

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ

*Барт Б.Я., Кудина Е.В., Ларина В.Н.*

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»  
Минздрава России, 117997, г. Москва

*Для корреспонденции:* Ларина Вера Николаевна — д-р мед. наук, проф. каф. поликлинической терапии № 1 леч. фак-та;  
e-mail: larinav@mail.ru

*Представлено клиническое наблюдение, в котором продемонстрированы диагностические возможности амбулаторного обследования пациентов с ревматической полимиалгией и алгоритм дифференциальной диагностики. Приведенное клиническое наблюдение представляет интерес как пример длительной (10-летней) ремиссии, которую можно расценивать как полное выздоровление.*

*Ключевые слова:* ревматическая полимиалгия; пожилой возраст; миалгия; преднизолон; синовит.

*Для цитирования:* Клини. мед. 2015; 93 (4): 74—78.

### RHEUMATIC POLYMYALGIA: CASE REPORT

*Bart B. Ya., Kudina E. V., Larina V. N.*

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

*Correspondence to:* Vera N. Larina – MD, PhD, DSc, prof.; e-mail: larinav@mail.ru

*This case report demonstrates the diagnostic potential of outpatient examination of patients with rheumatic polymyalgia and describes an algorithm for differential diagnostics. The report is also of interest as an example of long-term (10 year) remission that can be interpreted as a complete recovery.*

*Key words:* rheumatic polymyalgia; advanced age; myalgia; prednisolon, synovitis.

*Citation:* Klin. med. 2015; 93 (4): 74—78. (in Russian)

Ревматическая полимиалгия (РП) — системное заболевание с преимущественным поражением крупных суставов. Впервые клиническая картина РП была описана в конце XIX века. Название «ревматическая полимиалгия», закрепившееся за этой нозологической формой более 50 лет назад, в действительности не соответствует сути патологического процесса. Основным морфологическим субстратом этого заболевания является поражение синовиальной оболочки суставов, в то время как мышцы остаются интактными [1—4].

РП наблюдается у пациентов старше 50 лет с максимальным пиком заболеваемости в возрасте от 65 до 75 лет. Женщины болеют в 2—3 раза чаще, чем мужчины. Частота РП в разных странах составляет от 12,8 до 68,3 на 100 тыс. населения в возрасте 50 лет и старше. Наиболее часто это заболевание встречается в странах Северной Европы, особенно в Скандинавии [2, 3, 5].

Установление диагноза РП нередко представляет значительные трудности из-за отсутствия патогномичных признаков и объективных маркеров.

Длительное время для диагностирования этого заболевания применяли критерии, предложенные в 1972 г. В. Hamrin [2, 6, 7], согласно которым критерии 1—5 рассматривались как основные, 6—9 — как дополнительные. Наиболее вероятным диагнозом РП можно считать при наличии у пациента всех 9 признаков).

#### *Критерии диагностики РП (1972 г.)*

1. Возраст больного более 50 лет.
2. Боль в мышцах шеи и плечевого пояса.
3. Двусторонняя локализация боли.

4. Преобладание указанной локализации боли в течение активной фазы болезни.

5. СОЭ более 35 мм/ч.

6. Продолжительность симптомов болезни не менее 2 мес.

7. Ограничение движений в шейном отделе позвоночника, плечевых и тазобедренных суставах.

8. Общая слабость.

9. Уменьшение массы тела, лихорадка, анемия.

В дальнейшем эти критерии были модифицированы В. Bird и представлены Американской ассоциацией ревматологов в следующем виде [5, 8, 9].

#### *Диагностические критерии Американской ревматологической ассоциации*

1. Возраст пациента в начале болезни более 65 лет.

2. Повышение СОЭ (более 40 мм/ч).

3. Двусторонняя боль симметричного характера в области плечевого и тазового пояса.

4. Утренняя скованность продолжительностью более 1 ч.

5. Длительность симптомов более 2 нед.

6. Увеличение количества и выраженности клинических симптомов в течение 2 нед.

7. Депрессия и/или уменьшение массы тела.

На Европейском конгрессе ревматологов (Прага, 2001 г.) было предложено ввести дополнительный диагностический критерий — быстрый и значительный эффект преднизолона в суточной дозе не более 15 мг [4, 10].

Для диагностики РП необходимо наличие всех указанных выше признаков. В настоящее время клиници-

сты пользуются именно этими критериями, однако вызывает вопрос увеличение возраста пациентов до 65 лет в качестве диагностического признака, хотя, как было сказано выше, именно на возрастной интервал от 65 до 75 лет приходится пик заболеваемости, но в некоторых случаях болезнь начинается в возрасте от 50 до 65 лет.

Достаточно часто РП сочетается с височным артериитом, поэтому в последнее время критерии представляются в виде аббревиатуры SECRET [1, 2]:

S — Stiffness and pain — скованность и боль.

E — Elderly individuals — пожилой возраст больных.

C — Constitutional symptoms — общие конституциональные симптомы.

R — Arthritis (rheumatism) — артрит.

E — Elevated erythrocyte sedimentation rate (ESR) — повышенная СОЭ.

T — Temporal arteritis — височный артериит.

Так как присоединение к симптомам РП височного артериита значительно утяжеляет картину заболевания и ухудшает прогноз, то на сегодняшний день выделяют 2 основных клинических варианта РП [2]: классический (полимиалгия сочетается с височным артериитом) и изолированный (без височного артериита).

Помимо клинико-лабораторных признаков, для установления диагноза РП можно использовать данные инструментальных исследований (артроскопия, магнитно-резонансная томография и сцинтиграфия суставов), при которых выявляется бурсит и синовит пораженных суставов [6, 7, 10], однако, несмотря на то что указанные морфологические изменения встречаются практически у всех пациентов с РП, они пока не нашли отражения в диагностических критериях.

Для оценки тяжести заболевания и в дальнейшем эффективности лечения было предложено оценивать упрощенный индекс активности РП (SDAI-simplified disease activity index for polymyalgia rheumatic) [11—13]. При подсчете этого индекса определяют выраженность болевого синдрома, оцененного пациентом и врачом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [14], длительность утренней скованности в минутах, степень подвижности верхних конечностей и СОЭ.

Возможность подъема верхних конечностей подразделяется на 4 степени и определяется следующим образом: 0 степень — пациент поднимает руки вверх до 180°; I степень — пациент поднимает руки вверх более 90°, но менее 180°; II степень — пациент поднимает руки вверх от 0 до 90°, т. е. ниже уровня плечевого пояса; III степень — пациент не может поднять руки вверх.

Индекс активности (ИА) РП определяется по следующей формуле: ИАРП = ВАШ пациента (0—10 см) + ВАШ исследователя (0—10 см) + утренняя скованность длительность, мин  $\cdot$  0,1 + элевация верхних конечностей (3—0) + СОЭ, мм/ч  $\cdot$  0,1. Степень активности подсчитывается в баллах и оценивается следующим образом: низкая — менее 7 баллов, средняя — от 7 до 17 баллов, высокая — более 17 баллов.

Основным методом лечения при РП является назначение глюкокортикоидов (как правило, преднизолона)

перорально в небольших дозах (10—15 мг/сут). Эффект терапии наступает так быстро, что его расценивают как один из диагностических критериев. Несмотря на быстрый регресс клинико-лабораторной симптоматики, лечение должно быть длительным (не менее года) с постепенным снижением дозы преднизолона на фоне улучшения клинической картины [4, 10, 12].

В зависимости от эффекта терапии, помимо классического варианта, можно выделить стероиднезависимую форму РП (эффективны нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП) и торпидную форму, требующую более высоких доз преднизолона [2]; эти варианты встречаются значительно реже. Последнее время были предложены другие препараты для терапии этого заболевания (метотрексат, ингибиторы фактора некроза опухолей), но пока нет убедительных данных об эффективности такого лечения и его преимуществе перед преднизолоном [4, 5, 10].

Прогноз при рассматриваемом заболевании благоприятный в случае своевременно начатого и правильно проводимого лечения.

Приводим клиническое наблюдение.

Б о л ь н а я К . , 70 лет, была направлена на консультацию на кафедру поликлинической терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова в октябре 2002 г.

На протяжении 4 мес пациентку беспокоили болевые ощущения в шее и плечах. Первоначально она связывала появление боли в июне 2002 г. с усилением физической нагрузки и переохлаждением во время работы на дачном участке, однако после прекращения нагрузки боль не только не прошла, но, наоборот, усилилась. Пациентка самостоятельно принимала НПВП, сначала в виде мазей, затем в таблетированной форме. Первое время эти препараты купировали болевой синдром, но затем анальгетический эффект становился кратковременным и менее выраженным. В августе 2004 г. пациентка обратилась к врачу по месту жительства в связи с сохранением болевого синдрома. При обследовании выявлено значительное повышение СОЭ (55 мм/ч при норме до 15 мм/ч) и уровня С-реактивного белка — СРБ (до 50 мг/л при норме до 6 мг/л); небольшое снижение уровня гемоглобина (104 г/л при нормальном цветовом показателе (0,95)). Остальные гематологические показатели были в пределах нормы. Проведено рентгенологическое исследование позвоночника и плечевых суставов. Выявлены умеренные проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника. Костно-суставных изменений в плечевых суставах не выявлено. Несмотря на отсутствие внешних воспалительных изменений (гиперемия, отек, местная гипертермия), был поставлен диагноз: артрит плечевых суставов, назначены инъекции диклофенака и магнитотерапия. Терапия оказалась малоэффективной и лишь незначительно уменьшила выраженность болевого синдрома. Применение НПВП (мелоксикам, кетопрофен) также не дало эффекта. В связи с нарастанием болевого синдрома и неэффективностью анальгетиков пациентке было назначено внутрисуставное введение дипроспана. На несколько дней после

этой процедуры боль стихла, но потом возобновилась с той же интенсивностью. В анализах крови, сделанных в динамике, отмечалось нарастание СОЭ до 65 мм/ч и СРБ до 70 мг/л. В связи с ухудшением состояния и неясным диагнозом пациентка была направлена на консультацию на кафедру поликлинической терапии. На момент обращения основной жалобой была сильная боль в шее и плечах, значительно затруднявшая движения. Боль беспокоила постоянно, уменьшаясь в покое и усиливаясь при незначительных движениях. Наибольшая интенсивность боли отмечалась по утрам. Выраженность боли была такова, что пациентка не могла самостоятельно одеться и причесаться. Кроме боли пациентку беспокоила выраженная слабость. При термометрии фиксировалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр, первоначально эпизодическое, а последние 2—3 нед — постоянное. Пациентка отметила уменьшение массы тела за время болезни на 7 кг.

В анамнезе нечастые респираторные инфекции. На протяжении последних 15 лет отмечалось повышение артериального давления (АД) до 150—160/90—100 мм рт. ст. При обследовании 5 лет назад данных за симптоматическую артериальную гипертонию не получено, диагностирована гипертоническая болезнь I стадии, артериальная гипертония II степени. Последние 2 года пациентка регулярно принимала эналаприл (по 10 мг ежедневно), гидрохлортиазид (по 25 мг ежедневно). При этом АД было стабильным на уровне 130—140/90 мм рт. ст. Редкие подъемы АД купировала самостоятельно приемом 25 мг каптоприла. Пациентка вела активный образ жизни, выполняла работу по дому и на садовом участке со значительной нагрузкой, самочувствие до июня 2002 г. было хорошим.

При физикальном обследовании значимой патологии не выявлено. Пальпация мышц шеи и плечевого пояса была безболезненной, но объем движений в плечевых суставах был ограничен из-за боли. В лабораторных анализах к этому времени фиксировалась отрицательная динамика: СОЭ повысилась до 70 мм/ч, СРБ — до 68 мг/л, уровень гемоглобина снизился до 98 г/л. С учетом основных проявлений заболевания (сильная боль в мышцах плечевого пояса, повышение температуры тела, похудание, резкое повышение концентрации воспалительных маркеров в анализах крови, анемия) проводился дифференциальный диагноз между ревматической полимиалгией, плечелопаточным периартритом, дерматомиозитом, ревматоидным артритом, миеломной болезнью. Также необходимо было исключить полимиалгию как проявление паранеопластического синдрома.

Наличие боли в области плечевого пояса и болевые ограничения движений давали основание заподозрить плечелопаточный периартрит, однако для этого заболевания характерны односторонняя локализация, отсутствие значительных изменений гемограммы и признаков интоксикации.

Характерными для ревматоидного артрита являются двустороннее поражение суставов, миалгии и лихорад-

ка, изменения в анализах крови. Против этого диагноза свидетельствовали несоответствие возраста пациентки и активности процесса, отрицательный ревматоидный фактор. Кроме этого, при такой активности воспаления (высокая СОЭ, повышение температуры тела) должны были быть выраженными проявления артрита, а не только болевой синдром. Также, учитывая достаточно длительную продолжительность заболевания (несколько месяцев), можно было ожидать начальных рентгенологических симптомов и вовлечения в процесс других суставов, прежде всего кистей. Следует отметить, что мы описываем начало заболевания 12-летней давности. В настоящий момент для подтверждения или исключения диагноза ревматоидного артрита необходимо выполнить анализ на выявление антител к циклическому цитруллинированному пептиду.

Поражение мышц преимущественно плечевого пояса характерно также для дерматомиозита, но при этом заболевании преобладают не миалгии, а мышечная слабость и болезненность мышц при пальпации. В анализах крови отмечается повышение уровня креатинфосфокиназы, чего не наблюдалось у нашей пациентки.

Болевой синдром, анемия, повышенная СОЭ, особенно у пациентов пожилого возраста, всегда требуют дифференциального диагноза с миеломной болезнью, при которой наблюдается боль в суставах, а не в мышцах. Для лабораторных показателей характерна протеинурия и выраженная диспротеинемия с появлением M-градиента. Для исключения миеломной болезни была выполнена рентгенография костей черепа, при которой патологии не выявлено. Также не было обнаружено белка Бенс-Джонса в анализе мочи.

Лихорадочный синдром, уменьшение массы тела, анемический синдром, повышение СОЭ всегда должны нацелить врача на онкопоиск, тем более что миалгия является одним из симптомов паранеопластического синдрома. У пациентки были проведены гастро- и колоноскопия, ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы, почек, щитовидной железы и органов малого таза, рентгенография органов грудной клетки, маммография, анализы крови на онкомаркеры. Онкологической патологии не выявлено.

Таким образом, были исключены заболевания, с которыми проводился дифференциальный диагноз РП. Клинико-лабораторная картина заболевания у больной К. соответствовала всем критериям этой нозологической формы (см. таблицу).

Характер мышечной боли также был типичен для РП: усиление миалгий утром и ночью, ощущение скованности, отсутствие боли в полном покое и возникновение при движениях. У пациентки был определен ИАРП: ВАШ пациентки (80 см) + ВАШ исследователя (80 см) + утренняя скованность (70 мин) · 0,1 + элевация верхних конечностей (2) + СОЭ 65 мм/ч · 0,1 = 31. Таким образом, активность заболевания была очень высокой.

Пациентке был рекомендован прием преднизолона по 15 мг однократно утром. После 2 дней терапии самочувствие значительно улучшилось, нормализова-

**Соответствие показателей у больной К. диагностическим критериям**

Диагностический критерий	Значение показателя у нашей пациентки
Возраст пациента в начале болезни более 65 лет	70 лет
Повышение СОЭ (более 40 мм/ч)	65 мм/ч
Двусторонняя боль симметричного характера в области плечевого и тазового пояса	Выраженная двусторонняя боль в области плечевого пояса
Утренняя скованность продолжительностью более 1 ч	70—80 мин
Длительность симптомов более 2 нед	4 мес
Увеличение количества и выраженности симптомов в течение 2 нед	Отмечено
Депрессия и/или уменьшение массы тела	Уменьшение массы тела на 7 кг

лась температура тела, уменьшилась боль в мышцах. Быстрый и значительный эффект преднизолона также является одним из критериев РП. Через неделю от начала терапии у пациентки сохранялась небольшая мышечная боль и слабость. К 10-му дню все симптомы полностью купировались, в анализе крови отмечалась положительная динамика: СОЭ снизилась до 22 мм/ч, СРБ — до 16 мг/л, уровень гемоглобина повысился до 120 г/л. Болевой синдром полностью купировался, движения в плечевом поясе восстановились в полном объеме, ИАРП = 2, что свидетельствовало об абсолютном эффекте терапии.

Пациентка продолжала прием преднизолона в назначенной дозе на протяжении 2 мес. Учитывая большой спектр возможных побочных проявлений стероидной терапии, мы постоянно контролировали клинические и лабораторные показатели, которые оставались в пределах нормы. Для профилактики возможного ulcerогенного действия был назначен омепразол (в дозе 20 мг однократно на ночь). Так как прием глюкокортикоидов может привести к развитию остеопороза, что наиболее часто встречается в пожилом возрасте, пациентке были рекомендованы карбонат кальция (1000 мг/сут — 1 г/сут) и активные метаболиты витамина D<sub>3</sub> (400 МЕ/сут). К началу 3-го месяца терапии клиническая симптоматика заболевания полностью отсутствовала. Лабораторные показатели также полностью нормализовались (СОЭ 10 мм/ч, СРБ 8 мг/л, гемоглобин 128 г/л). Это дало основание начать сни-

жение дозы преднизолона на 2,5 мг 1 раз в месяц. К 6-му месяцу от начала терапии доза составляла 5 мг/сут. Для стабилизации эффекта лечения и предупреждения рецидива заболевания пациентка продолжала прием преднизолона в течение полугода. К этому времени ее состояние было расценено как стойкая ремиссия. В связи с этим препарат был назначен в дозе 5 мг через день, через месяц доза была уменьшена до 2,5 мг через день, и в январе 2004 г. (14 мес от начала лечения) стероидная терапия была полностью отменена. Масса тела пациентки вернулась к исходному значению через 2 мес от начала терапии. К концу периода лечения увеличение массы тела составляло 6 кг от исходного значения, но через 3 мес после прекращения лечения масса тела нормализовалась.

Пациентка наблюдается по настоящее время (более 10 лет после окончания терапии). Рецидива заболевания не наблюдалось. Отмечается умеренное прогрессирование течения гипертонической болезни, в связи с чем к терапии эналаприлом и гидрохлортиазидом был добавлен амлодипин (5 мг/сут). Периодически возникают симптомы цереброваскулярной болезни (головокружение, шум в ушах). Пациентка обследована неврологом, рекомендован прием ноотропных и сосудистых препаратов. Также последние годы пациентка жалуется на боль в коленных суставах. При рентгенологическом исследовании выявлен остеоартроз. Явлений артрита не наблюдалось. Боль купируется кратковременным приемом НПВП. При обследовании несколько раз выявлялось немотивированное повышение СОЭ, но через непродолжительное время этот показатель нормализовался самостоятельно. В 2004 и 2008 гг. проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, отмечалось умеренное уменьшение минеральной плотности костной ткани, соответствующее возрастным показателям. Для профилактики развития остеопороза пациентка продолжает прием препаратов кальция и витамина D. Следует отметить, что имеющиеся у пациентки заболевания (гипертоническая болезнь, цереброваскулярная болезнь, остеоартроз) являются наиболее распространенными в пожилом и старческом возрасте. В настоящий момент пациентке 82 года, у нее полностью сохранена способность к самообслуживанию, передвижению, нет значимых нарушений когнитивных функций.

Представленное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует, что РП при своевременном диагностировании и правильно назначенной терапии является полностью излечимым заболеванием с хорошим прогнозом.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Овчаренко С. И., Щедрина И. С., Троицкая М. П. Ревматическая полимиалгия: сложности диагностики. *Лечащий врач*. 2011; 4: 33—7.
2. Овчаренко С. И., Морозова Н. В., Давыдова Е. М., Кейко О. И. Сложности диагностики ревматической полимиалгии. *Трудный пациент*. 2008; 6 (10): 23—6.
3. Олюнин Ю. А. Ревматическая полимиалгия. *Consilium Medicum*. 2013; 9: 53—7.
4. *Ревматология. Национальные рекомендации* / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. М.: 2008: 562—5.

5. Апанасович В. Г., Хидченко С. В., Полянская А. В. Ревматическая полимиалгия. В кн.: *Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы внутренних болезней»*. Минск; 2013: 49—53.
6. Шостак Н. А. Миалгии: подходы к дифференциальной диагностике, лечение. *Современная ревматология*. 2013; 3: 21—4.
7. Олюнин Ю. А. Боль в области шеи и плечевого сустава в практике ревматолога. *Современная ревматология*. 2012; 3: 21—4.
8. Dasgupta B., Cimmino M., Maradit-Kremers H. et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European

- League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann. Rheum. Dis.* 2012; 71 (4): 484—92.
9. Bird H., Leeb B., Montecucco C. et al. European collaborating PMR group. A comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann. Rheum. Dis.* 2005; 64: 626—9.
  10. Сатыбалдыев А.М. Лечение ревматической полимиалгии. *Современная ревматология.* 2013; 1: 66—72.
  11. Кочерова Т.Ю., Оттева Э.Н. Ревматическая полимиалгия: клиническая картина, индекс активности. *Сибирский медицинский журнал.* 2007; 7 (74): 68—72.
  12. Оттева Э.Н., Кочерова Т.Ю. Ревматическая полимиалгия: состояние вопроса. *Клиническая медицина.* 2007; 85 (11): 13—22.
  13. Leeb B., Bird H. A disease activity score for polymyalgia rheumatic. *Ann. Rheum. Dis.* 2004; 63: 1279—83.
  14. Guyatt G. Measurement of health-related quality of life in heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1993; 22 (A): 185—91.
5. Apanasovich V.G., Khidchenko S.V., Polyanskaya A.V. Polymyalgia rheumatica. In: *Proceedings of the International Scientific-practical Conference «Actual Problems of Internal Medicine».* Minsk; 2013: 49—53. (in Russian)
6. Shostak N.A. Myalgia: approaches to the differential diagnosis, treatment. *Sovremennaya revmatologiya.* 2013; 3: 21—4. (in Russian)
  7. Olyunin Y.A. Pain in the neck and shoulder joint in the practice of rheumatology. *Sovremennaya revmatologiya.* 2012; 3: 21—4. (in Russian)
  8. Dasgupta B., Cimmino M., Maradit-Kremers H. et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann. Rheum. Dis.* 2012; 71 (4): 484—92.
  9. Bird H., Leeb B., Montecucco C. et al. European collaborating PMR group. A comparison of the sensitivity of diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann. Rheum. Dis.* 2005; 64: 626—9.
  10. Satybaldyev A.M. Treatment of polymyalgia rheumatica. *Sovremennaya revmatologiya.* 2013; 1: 66—72. (in Russian)
  11. Kocherova T.Y., Otteva E.N. Polymyalgia rheumatica: clinical activity index. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal.* 2007; 7 (74): 68—72. (in Russian)
  12. Otteva E.N., Kocherova T.Yu. Polymyalgia rheumatica: a state issue. *Klinicheskaya meditsina.* 2007; 11 (85): 13—22. (in Russian)
  13. Leeb B., Bird H. A disease activity score for polymyalgia rheumatic. *Ann. Rheum. Dis.* 2004; 63: 1279—83.
  14. Guyatt G. Measurement of health-related quality of life in heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1993; 22 (A): 185—91.

#### REFERENCES

1. Ovcharenko S.I., Shchedrin I.S., Troitskaya M.P. Polymyalgia rheumatica: diagnostic difficulties. *Lechashchiy vrach.* 2011; 4: 33—7. (in Russian)
2. Ovcharenko S.I., Morozov N.V., Davydova E.M., Keyko O.I. Difficulties diagnosis of polymyalgia rheumatica. *Trudnyy patient.* 2008; 6 (10): 23—6. (in Russian)
3. Olyunin Yu.A. Polymyalgia rheumatica. *Konsilium Medikum.* 2013; 9: 53—7. (in Russian)
4. *Rheumatology. National Guidelines* / Eds E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. Moscow; 2008: 562—5. (in Russian)

Поступила (received) 28.10.14