



## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ У БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

### DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF POLYMYALGIA RHEUMATICA IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS

Лазебник Л. Б., Ли Е. Д., Михеева О. М., Комиссаренко И. А., Акопова А. О., Ефремов Л. И.

*Московский клинический научно-практический центр*

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

Lazebnik L. B., Li E. D., Mikheyeva O. M., Komissarenko I. A., Akopova A. O., Efremov L. I.

*Moscow clinical scientific center*

*Moscow State University of Medicine and Dentistry*

*Лазебник Леонид Борисович — Московский медико-стоматологический университет им А. И. Евдокимова, докт. мед. наук, профессор;*

*Ли Елена Дениновна МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЦБ РФ Докт. мед. наук, профессор;*

*Михеева Ольга Михайловна — Московский клинический научно-практический центр, докт. мед. наук, профессор;*

*Комиссаренко Ирина Арсеньевна — Московский клинический научно-практический центр, докт. мед. наук, профессор;*

*Акопова Анна Олеговна — Московский клинический научно-практический центр младший научный сотрудник;*

*Ефремов Леонид Ильич — Московский клинический научно-практический центр.*

*Lazebnik L. B. — Moscow State University of Medicine and Dentistry. Doctor of Medical sciences. Professor;*

*Li Elena Deninovna MEDICAL CENTER CB RF Doctor of Medical sciences. Professor;*

*Mikheyeva O. M. — Moscow clinical scientific center. Doctor of Medical sciences. Professor;*

*Komissarenko I. A. — Moscow clinical scientific center. Doctor of Medical sciences. Professor;*

*Akopova A. O. — Moscow clinical scientific center;*

*Efremov L. I. — Moscow clinical scientific center. Candidate of Medical sciences.*

**Акопова**

**Анна Олеговна**

**Akopova Anna O.**

**E-mail:**

**anna.akopova@mail.ru**

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 106 (6):85-89

Ekspperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 106 (6):85-89

*Ревматическая полимиалгия* — воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата неясной этиологии преимущественно у лиц пожилого возраста, характеризующееся болевым синдромом плечевого и/или тазового пояса, повышением уровня лабораторных показателей воспаления и быстрым наступлением ремиссии при назначении глюкокортикостероидов [1].

В 1888 году William Bruce описал у пятерых пожилых больных симптомокомплекс, включающий в себя утреннюю скованность и боли в проксимальных отделах конечностей, назвав его сенильной ревматической подагрой. Позже подобная симптоматика называлась «плечелопаточным периартрозом» (L. Bagratuni, 1945 г.), «гемискапулярным периартрозом» (Einar Meulengracht), «ризомелическим псевдополиартритом» (Jacques Forestier и E. Certonncini), «ревматоидным синдромом у лиц пожилого возраста» (G. D. Kersley) [2].

В 1957 г. Н. S. Barber предложил термин «ревматическая полимиалгия», который используется и в настоящее время [2, 4].

В нашей стране заболевание изучается с начала 70-х годов М. Г. Астапенко, С. Д. Сидельниковой, Э. Р. Агабабовой, которые в 1976 г. описали клинический случай ревматической полимиалгии. В 1992 г. Н. В. Бунчук опубликовал монографию «Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия» [2,4].

Ревматическую полимиалгию нельзя назвать редким заболеванием, однако из-за сходства клинической картины со многими другими заболеваниями, постановка диагноза является непростой задачей. В качестве примера хотим представить клинический случай.

Больная Д. 53 лет поступила в ЦНИИГ 6 февраля 2012 года с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, иррадиирующие в спину, опоясывающего характера, возникающие натощак и стихающие после приема пищи, купирующиеся приемом спазмолитиков, периодически — тошноту, снижение веса (на 7 кг за последний год); на боли в мышцах шеи

и плеч, усиливающиеся при движении в течение последних двух недель.

Из *анамнеза жизни* известно, что больная росла и развивалась соответственно возрасту. По профессии хореограф. Танцами занимается с раннего детства.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной около 4-х лет, когда периодически после приема жирной, жареной пищи беспокоили тупые, иногда сильные боли в эпигастрии, иррадиирующие в спину, опоясывающего характера, тошнота. Принимала спазмолитики, желчегонные препараты с положительным эффектом.

Госпитализирована в ЦНИИГ для обследования и лечения.

**Перенесенные заболевания:** аппендэктомия в детстве. В 2009 году по данным УЗИ щитовидной железы — подозрение на аденому паращитовидной железы, при скинтиграфии от 2011 года признаков аденомы паращитовидной железы не выявлено.

**Состояние при поступлении:** Общее состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Периферических отеков нет. Движение суставов в полном объеме, безболезненное. Мышечная сила сохранена. Щитовидная железа не увеличена. Границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД — 120/80 мм. рт. ст., пульс — 72 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом «поколачивания» — отрицательный с обеих сторон.

В отделении проведено обследование, где по данным *УЗИ органов брюшной полости* выявлены признаки хронического холецистита, аденомиоматоза желчного пузыря, билиарного сладжа, гиперкинезии желчного пузыря, диффузных изменений поджелудочной железы.

При проведении *ЭГДС* выявлен поверхностный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*.

По данным *рентгенографии грудной клетки* патологических изменений не выявлено.

В *общем анализе крови:* гемоглобин 12,1 г/дл (норма 12,0–16,0 г/дл), эритроциты  $3,98 \times 10^3$  ( $3,9-5,3 \times 10^3$ ), лейкоциты  $6,1 \times 10^3/\text{мм}^3$  ( $4-9 \times 10^3/\text{мм}^3$ ), лейкоцитарная формула — без отклонений от нормы, тромбоциты  $228 \times 10^3/\text{мм}^3$  ( $200-400 \times 10^3/\text{мм}^3$ ), отмечалось увеличение СОЭ до 50 мм/сек.

В *биохимическом анализе крови* исследуемые показатели (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, амилаза, белок, билирубин, креатинин, мочевины, холестерин, калий магний, кальций, железо) в пределах референсных значений.

На *ЭКГ:* нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый, правильный, ЧСС 71.

АТ к ВИЧ, HBsAg, HCV-AT — не обнаружены, РМП отрицательная.

Реакция на скрытую кровь в анализе кала — отрицательная.

Общий анализ мочи: показатели в пределах референсных значений.

На фоне проводимой *терапии* (антисекреторными, ферментными, желчегонными препаратами) самочувствие больной улучшилось: боли в животе регрессировали.

*Состояние* больной резко ухудшилось 21 февраля: выросли боли в мышцах шеи, плеч, появились боли в мышцах поясницы, бедер, утренняя скованность. Боль усиливалась при движении, в покое уменьшалась. Больная с трудом могла встать с кровати (ноги опускала на пол, помогая руками), одеться. Температура тела повысилась до 37,4 С.

Болей в животе, диспепсического синдрома, признаков дизурии, нарушений стула не отмечалось.

При осмотре: область шеи, плечевого пояса, спины, тазового пояса, верхних и нижних конечностей не изменена: отека, гиперемии, гипертермии, участков болезненности, уплотнений, признаков атрофии не отмечалось. Мышечная сила сохранена.

В *общем анализе крови* отмечалось снижение гемоглобина до 10,7 г/дл, увеличение СОЭ до 102 мм/час.

Принимая во внимание боли в мышцах шеи, плеч, поясницы, бедер; утреннюю скованность, субфебрильную лихорадку, увеличение СОЭ, снижение гемоглобина, необходимо проводить дифференциальный диагноз между следующими нозологиями: полимиозит, ревматическая полимиалгия, онкологические заболевания, ревматоидный артрит, миеломная болезнь, инфекционные заболевания (туберкулез, инфекционный эндокардит, кишечные инфекции), воспалительные заболевания кишечника.

Для уточнения диагноза, больной проведены различные исследования, при которых выявлены следующие изменения:

- Повышение уровня С-реактивного белка (фактора воспаления).
- Снижение уровня сывороточного железа (анемия хронических состояний).
- Ревматоидный фактор (для исключения ревматоидного артрита) — результат отрицательный.
- В биохимическом анализе крови уровни креатинфосфокиназы, аспаратаминотрансферазы — в пределах референсных значений (повышение этих показателей характерно для полимиозита).
- Электрофорез белковых фракций сыворотки крови (для исключения диспротеинемии, гиперпротеинемии, характерных для миеломной болезни) — показатели в пределах референсных значений.
- Для исключения аутоиммунного процесса, проведено исследование крови на: Протеиназа-3 0,14 (м.1,0), Лактоферрин 0,1 (м.1,0), Миелопероксидаза 0,2 (м.1,0), Эластаза 0,1 (м.1,0),

Катепсин G 0.07 (м.1,0), ВРІ 0.1 (м.1,0) — показатели в пределах нормы.

В рамках *онкопоиска* проведено:

- Анализ крови на онкомаркеры: СА 15–3–9,1 Ед/мл (норма 0–31,3), РЭА — 0,8 нг/мл (норма менее 5), СА125–11,4 Ед/мл (норма 0–35), СА19–9–10,6 МЕ/мл (норма менее 37).
- Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и тонкой кишки: органической патологии не выявлено, спастическая дискинезия двенадцатиперстной кишки и дистальных петель подвздошной кишки.
- Ректороманоскопия: органической патологии не выявлено.
- Колоноскопия: органической патологии не выявлено.
- КТ брюшной полости: умеренное увеличение печени.
- КТ органов грудной клетки: патологических изменений не выявлено.
- УЗИ молочных желез: УЗИ-признаки фиброзной мастопатии.
- УЗИ малого таза: киста шейки матки.
- Учитывая наличие в анамнезе подозрения на аденому паращитовидной железы, планировалась консультация эндокринолога, проведение УЗИ щитовидной железы, денситометрии, определение в крови кальция, кальцитонина, паратгормона, Т 4 свободный, ТТГ.

Больная консультирована в эндокринологическом диспансере, где было выполнено:

УЗИ щитовидной железы. Топография типичная. Правая доля: длина 4,6 см, толщина 1,1 см, ширина 1,2 см. Объем правой доли 3,0 мл. Левая доля: длина 4,3 см, толщина 1,0 см, ширина 1,0 см. Объем левой доли 2,1 мл. Перешеек толщина 0,3 см. Общий объем железы 5,1 мл. Эхогенность железы обычная. Эхоструктура ткани железы неоднородная за счет узловых образований в правой доле. Сосудистый рисунок подчеркнут. При ЦДК усиление кровотока в тиреоидной ткани не отмечается. В правой доле в верхней половине 2 анэхогенных образования 0,5x0,3x0,3 см и 0,3 см в диаметре. В нижней половине аналогичное образование 0,4x0,3x0,3 см. В задних отделах нижней половины гипозоногенное образование 1,1x0,7x0,9 см, с пери- и интранодулярным кровотоком. Контуры всех образований четкие. В левой доле и в перешейке объемных образований не выявлено. Зона лимфооттока — у нижнего полюса левой доли лимфатические узлы 0,6x0,4x0,4 см, структура его нормальная. Заключение: Эхографические признаки многоузлового зоба. Узлы правой щитовидной железы.

Под контролем УЗИ проведена пункция узлового образования правой доли щитовидной железы. В материале выявлено несколько фолликулярных клеток коллоида.

При исследовании крови: Кальцитонин 2 (норматенее 28 пг/мл)

Паратиреоидный гормон 2,9 (1,6–6,9 пмоль/л).

Т 4 свободный 14,9 (9–19,1 пмоль/л), ТТГ 3,44 (0,4–4 мМЕ/л).

По данным денситометрии минеральная плотность костной ткани в L1-L4, в костной ткани бедра в пределах нормы.

Для исключения *инфекционного генеза заболевания*:

- В анализе крови антитела к иерсиниям, лямблиям, трихинеллам не выявлены.
- В результате трехкратного посева крови на стерильность микрофлора не выделена.
- Для исключения туберкулеза, больная консультирована фтизиатром: по данным бактериологического, рентгенологического исследований, пробы Манту, диаскин-теста туберкулез не выявлен.

Для исключения септического эндокардита, выполнена ЭхоКГ. Диастолическая дисфункция левого желудочка. Стенки аорты и створки аортального и митрального клапанов умеренно уплотнены. Гипертрофия задней стенки левого желудочка. В полости перикарда жидкости нет. Вегетаций на створках нет. Митральная регургитация 1–2. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Учитывая боли в поясничном отделе позвоночника, тазового пояса проведено *МРТ всех отделов позвоночника* (ГКБ № 24). Заключение. МР-картина распространенного остеохондроза, единичная левосторонняя парафораминальная протрузия межпозвонкового диска C5 — C6 до 5 мм. Оценки состояния крестца были выполнены сагиттальный Т 2 МР-томограммы в положении исследования органов малого таза. На сагиттальных МР-томограммах органов малого таза признаков патологии не выявлено. В передней части шейки матки определяется жидкостная киста округлой формы диаметром 10 мм. Лимфатические узлы не визуализируются. Яичники без патологии, в их структуре определяются мелкие функциональные кисты. Скоплений жидкости и воспалительных изменений не выявлено.

На основании полученных результатов, можно сделать следующие выводы:

Диагноз полимиозита менее вероятен, так как в клинической картине у больной преобладают боли, а не мышечная слабость (у больной сила мышц не снижена), нет повышения КФК, АСТ.

На момент обследования данных за онкопроцесс, а также за инфекционный генез заболевания, воспалительных заболеваний кишечника не выявлено.

Против миеломной болезни выступает отсутствие гиперпротеинемии, белка Бенс-Джонса.

Отсутствие поражения мелких суставов кистей и стоп, а также данных за аутоиммунный процесс делает диагноз ревматоидного артрита менее вероятным.

Наиболее вероятно наличие у больной *ревматической полимиалгии*.

Диагноз был подтвержден профессором кафедры терапии и профессиональных заболеваний первого МГМИ Семенковой Е. Н., а позже и ведущим научным сотрудником НИИР РАМН Бекетовой Т. В.

**Консультация профессора кафедры терапии и профессиональных заболеваний первого МГМИ Семенковой Е. Н.** На основании клинических признаков заболевания: боли в плечевом и тазовом поясе, умеренная слабость в мышцах, усиливающаяся при движении, увеличение СОЭ и диспротеинемия — свидетельствуют о ревматической полимиалгии, очевидно, первичной. Хотя подобные симптомы могут быть вторичными, в связи с чем онконастороженность требует периодического наблюдения за больной. В связи с активностью основного процесса, в настоящее время рекомендуется назначение глюкокортикостероидов в начальной дозе 30 мг в сутки (4 таб утром, 2 таб днем) в течение 2х недель с последующим снижением по ¼ таб в неделю до поддерживающей дозы 10–15 мг в сутки. Повторная госпитализация через 3–4 мес для динамического обследования.

После назначения преднизолона, отмечалась положительная динамика (уменьшение слабости, болей в плечевом поясе, пояснице, бедрах) на следующий день, что подтверждает диагноз ревматической полимиалгии.

**Консультация ведущего научного сотрудника НИИР РАМН Бекетовой Т. В.** У больной диагностирована ревматическая полимиалгия, с эффектом проводится лечение преднизолоном. Получены результаты РФ, АНФ (Нер –2), a-Ro, a-La, Sel-70, АТ к ДНК (исключающие склеродермию, системную красную волчанку) — в пределах референсных значений. Рекомендовано продолжить лечение преднизолоном в дозе 30 мг в сутки под наблюдением ревматолога.

**Больная была выписана с улучшением с рекомендациями:**

Преднизолон 30 мг в сутки: 4 таб. утром, 2 таб. днем.

Учитывая побочные эффекты преднизолона, к лечению добавлено:

- Ингибиторы протонной помпы.
- Препараты железа, калия, магния.
- Витамин Д3.
- Денситометрия через 1 год.
- Биохимический анализ крови, в том числе уровень кальция, калия, железа через 1 мес.

Для исключения вторичной ревматической полимиалгии, рекомендовано:

- ЭГДС, колоноскопия, КТ брюшной полости и малого таза, КТ легких, маммография через 3 месяца.
- УЗИ щитовидной железы в эндокринологическом диспансере через 6 мес.
- Консультация окулиста через 6 мес. (для исключения присоединения гигантоклеточного артериита).

Наблюдение в НИИ Ревматологии РАМН.

Частота встречаемости ревматической полимиалгии колеблется от 28,6 до 133 на 100 тыс. населения. Болеют лица, как правило, старше 50 лет (возрастной пик приходится на 65–75 лет), женщины

в 2–3 раза чаще мужчин. Крайне редко заболевание распространяется молодой возраст 45–49 лет [3,4].

Этиология заболевания в настоящее время неизвестна. Доказана наследственная предрасположенность к этому заболеванию. При HLA-типировании с повышенной частотой выявляются аллели HLA-DRB1\*04 и DRB1\*01, обнаружение которых служит фактором риска развития ревматической полимиалгии и гигантоклеточного артериита [2, 5].

Патогенез ревматической полимиалгии также не изучен. Несомненна роль иммунной системы с повышением продукции гамма-интерферона, интерлейкина-1 и интерлейкина-6 [2, 5].

Заболевание начинается остро, на фоне полного благополучия. Клиническая картина достигает своего пика к 2–4 неделе.

Основной симптом ревматической полимиалгии — это боль в области шеи, плечевого, тазового пояса, реже — бедер, ягодиц, крайне редко мелких суставов кистей, лучезапястных суставов. Боль двусторонняя, симметричная в 100 % случаев, односторонней может быть только в начале заболевания; носит постоянный характер, усиливается при движении, перемене положения тела, что приводит к снижению способности к самообслуживанию: больным тяжело встать с кровати, умыться, одеться, нарушается сон. В покое боль уменьшается [2, 6].

На поздних этапах заболевания, через несколько месяцев после возникновения мышечных болей, могут развиваться артриты. Наиболее часто поражаются лучезапястные, коленные, плечевые суставы, суставы кистей. При вовлечении суставов кистей возможно развитие синдрома карпального канала с онемением 1–4 пальцев, а иногда и ладонным фасцитом, вызывающего умеренный отек кисти с формированием сгибательной контрактуры [1, 4].

Для ревматической полимиалгии характерна утренняя скованность, которая также появляется после любого периода неподвижности.

Болезненность при пальпации мышц, как правило, отсутствует. Иногда отмечается небольшая болезненность в области периартикулярных тканей плечевого сустава, в области ключично-акромиальных сочленений.

Инфильтратов, признаков атрофии в мышцах плечевого и тазового пояса не отмечается.

Несмотря на выраженную слабость, сила скелетных мышц сохранена.

Лихорадка при ревматической полимиалгии может быть фебрильной, субфебрильной, может отсутствовать вообще.

Состояние больных ухудшается, снижается аппетит, появляется похудание. Нередко возникает депрессия [2, 9].

**Диагностика**

Лабораторные методы исследования неспецифичны. В общем анализе крови отмечается нормохромная анемия (анемия хронических заболеваний) [7].

Для ревматической полимиалгии характерно увеличение СОЭ до 50–70 мм/час, С-реактивного белка (СРБ является более чувствительным показателем

активности заболевания, чем СОЭ), фибриногена, белков острой фазы (альфа2- и гамма-глобулины), повышение уровня интерлейкина-6 [5].

В 1972 г. В. Hamrin предложил следующие диагностические критерии ревматической полимиалгии, которые не потеряли актуальность и в наши дни [7, 8]:

- Возраст больного старше 50 лет.
- Наличие болей в мышцах, по крайней мере в двух из трех областей (шея, плечевой и тазовый пояс).
- Двусторонняя локализация болей.
- Преобладание указанной локализации болей в течение активной фазы болезни.
- СОЭ более 35 мм/час.
- Продолжительность симптомов болезни не менее 2 месяцев.
- Ограничение движений в шейном отделе позвоночника, плечевых и тазобедренных суставах.
- Общая слабость, повышенная утомляемость, анорексия, снижение массы тела, лихорадка, анемия.

Первые 5 критериев считаются обязательными, остальные — дополнительными.

В последнее время критерии представляются в виде аббревиатуры SECRET:

- S — Stiffness and pain — скованность и боли;
- 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

Общепринятых критериев диагностики ревматической полимиалгии не существует. На Европейской конференции ревматологов (Прага, 2001) предложены диагностические критерии:

- Возраст пациента на начало болезни старше 65 лет.
- Увеличение СОЭ (более 40 мм/час).

## Литература

1. Насонов В. Ревматология: национальное руководство/ под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой, — М.: ГЭОТАР-МЕДИЯ, 2008, 720.
2. Щедрина И. С., Троицкая М. П., Овчаренко С. И. Ревматическая полимиалгия и гиганто-клеточный артериит// Кардиология Коллоквиум Ревматология. 07/11, 33–37.
3. Cimmino M. A., Zaccaria A. Epidemiology of polymyalgia rheumatica// Clin Exp Rheumatol. 2000; 18 (4 Suppl 20); S 9–11.
4. Терещенко И. В. Ревматическая полимиалгия и гиганто-клеточный артериит// Клиническая медицина. 2005; 8: 25–30.
5. Salvarani C., Cantin F., Boiardi L. et al. Polymyalgia rheumatic and giant-cell arteritis // N Engl J Med 2002; 347; 261–271.
6. Бунчук Н. В. Гиганто-клеточный артериит и ревматическая полимиалгия. М: Эрус, 1992. 43.
7. Оттева Э. Н., Островский А. Б., Кочерова Т. Ю. Значимость диагностических критериев ревматической полимиалгии // Российская ревматология. 1999; 5:62.
8. Оттева Э. Н., Кочерова Т. Ю. и др. Клиническая картина и лечение ревматической полимиалгии // Научно-практическая ревматология, 2005; 3:368.
9. Овчаренко С. И., Морозова Н. В., Давыдова Е. М., Кейко О. И. Сложности диагностики ревматической полимиалгии // Трудный пациент. 2010; 6: 23–26.

Благодарим за оказание помощи в постановке диагноза профессора кафедры терапии и профессиональных заболеваний Первого МГМИ Семенкову Е. Н. и ведущего научного сотрудника НИИР РАМН Бекетову Т. В.

- Двусторонняя боль симметричного характера в области плечевого и тазового пояса.
- Утренняя скованность продолжительностью более 1 часа.
- Длительность симптомов более 2х недель.
- Нарастание количества и выраженности клинических симптомов в течение 2х недель.
- Депрессия и/или потеря массы тела.
- Быстрый и значительный эффект преднизолон в суточной дозе не более 15 мг в день.
- Для диагностики необходимо наличие всех указанных признаков [1].

Лечение ревматической полимиалгии осуществляется глюкокортикостероидами.

Больные отмечают улучшение состояния уже на следующий день после приема небольших доз преднизолон, а через 2–4 недели наступает клинико-лабораторная ремиссия заболевания.

Параллельно назначаются препараты, направленные на предупреждение осложнений глюкокортикоидной терапии — гипокалиемии, остеопороза, артериальной гипертонии, стероидных язв желудка, стероидной миопатии, сахарного диабета, катаракты.

Ремиссию удается достичь через 2–3 недели, а затем подобранная доза должна сохраняться еще в течение месяца. У подавляющего большинства больных кортикостероидная терапия длится 2–3 года.

Вторым этапом лечения является постепенное снижение дозы преднизолон — на 1/4 таблетки с интервалом приблизительно в 14 дней под контролем СОЭ. Малейшие признаки обострения ревматической полимиалгии заставляют вернуться к предыдущей дозе гормона.

Полное выздоровление достигается через 6 месяцев — 3 года. Однако некоторые больные вынуждены принимать преднизолон до 10 лет [8, 9].

Прогноз заболевания благоприятный. Однако прогноз ухудшается при появлении гиганто-клеточного артериита.