

Таблица 5. Динамика показателей рН-граммы у больных РА до и после антисекреторной терапии ИПП. (n=40)

Показатель рН-граммы (тело желудка)	До приёма ИПП	На фоне приёма ИПП	P1,2
Минимальное значение рН (ед.)	1,07±0,877	1,677±1,091	<0,001
Максимальное значение рН (ед.)	7,76±0,819	7,9±0,634	>0,05
Среднее значение рН (ед.)	4,318±1,352	5,61±0,754	<0,001
Время с рН < 1,5	284,4±308,3	24,84±57,16	<0,001
% времени с рН < 1,5	19,95±21,53	1,725±4,032	<0,001
Время с рН в диапазоне от 1,6 до 2,0	166,7 ± 148,1	37,29 ± 72,15	<0,001
% времени с рН в диапазоне от 1,6 до 2,0	12,27 ± 10,99	2,575 ± 4,997	<0,001
Время закисления (минуты)	479,0 ± 418,8	61,39 ± 98,72	<0,001

Приём ИПП способствовал значительному снижению интрагастральной кислотности и увеличению времени нормацидности (при рН от 1,6 до 2,0 ед.), а также значительно уменьшал период времени закисления до уровня нормальных показателей, что соответствует результатам исследований полученных другими авторами (таб. 4).

Таким образом, нами была выявлена высокая частота нарушений кислотопродуцирующей функции желудка у больных РА имеющих синдром диспепсии, что соответствует данным литературы [4,7]. При этом мы не обнаружили достоверных различий кислотопродуцирующей функции желудка в зависимости от хеликобактерной инфекции и стероидозависимости, что указывает на недоказанность данного фактора риска в развитии гастропатий у больных РА [4.]. Выявлена значимая ассоциация повышения

внутрижелудочной кислотности у пациентов мужского пола. Нами была выявлена тенденция к увеличению кислотопродукции у больных РА, предъявляющих жалобы со стороны верхних отделов ЖКТ и у пациентов с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также удлинение времени закисления у пациентов с хеликобактериозом, без стероидозависимости с эндоскопическими изменениями СОЖ, а так же с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА. Прием ИПП приводит к нормализации или улучшению показателей интрагастральной кислотности у больных РА с диспепсией и эрозивно-воспалительными изменениями верхних отделов ЖКТ, что согласуется с принципами терапии основных кислотозависимых состояний [2]. Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту и актуальность своевременной диагностики и лечения патологии со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтапова Н.В. Роль *Helicobacter pylori* в развитии гастропатий у больных ревматоидным артритом на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидов. Автореф. дис. к.м.н. – М. 2000. – 22 с.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии. // Болезни органов пищеварения. – 2001. Т. 3 №1. – С. 3-6.
3. Каратеев А.Е., В.А. Насонова, Муравьев Ю.В. Оценка влияния глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов на развитие эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных с ревматическими заболеваниями // Тер. арх. – 1999, №2. – С. 26-30.
4. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Неязвенная диспепсия, ассоциированная с приемом НПВП: возможность применения антацидных препаратов. Научно-практическая ревматология, №2. – 2003. – С.28-30
5. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Поражения желудка, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Клини. мед. – 2003. №3-4. С. 4-9
6. Яковенко А.В. pH-метрия в клинической практике. Учебно-методическое пособие. – М. 2001. – 35 с.
7. Brun J., Jones R. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated dyspepsia: the scale of the problem // Am. J. Med. – 2001. – Vol. 110. – P. 12-13.

ACID-FORMING FUNCTION OF A STOMACH IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

B.F. Nemtsov, O.A. Vjaznikova
(Kirov State Medical Academy, Russia)

In 40 patients with reliable RA there has been conducted the investigations of acid-forming function of stomach and the relation with clinical features of the disease, the therapy conducted and the presence of helicobacter infection. Acid-forming function was studied by the method of 24-hour pH-metry. There has been shown the higher frequency of disturbances of acid-producing function of stomach in the patients with RA. The results of investigation showed the high frequency and actuality of timely diagnostics and pathology treatment on the part of higher sections of gastrointestinal tract in the patients with rheumatoid arthritis.

© КОЧЕРОВА Т.Ю., ОТТЕВА Э.Н. – 2007

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ИНДЕКС АКТИВНОСТИ

Т.Ю. Кочерова, Э.Н. Оттева

(ГУЗ Хабаровская краевая клиническая больница №1 им. профессора С.И. Сергеева,
гл. врач – С.С. Пудовиков, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения,
г. Хабаровск, ректор – д.м.н., проф. С.Ш. Сулейманов)

Резюме. С целью оценки активности ревматической полимиалгии (РП) по упрощенному индексу активности (ИАРП) на базе ревматологического отделения ККБ № 1 пролечено 76 больных с достоверным диагнозом РП, изучена клиническая картина и дана оценка активности болезни по ИАР, а также определено влияние глюкокортикоидов на показатели индекса. У всех больных с достоверным диагнозом РП при поступлении наблюдался высокий индекс активности заболевания ($32,8 \pm 0,8$). Через 3 недели ИАРП на фоне глюкокортикостероидами терапии достоверно снижался. Частота развития рецидивов РП коррелировала с отсутствием ремиссии РП при снижении доз преднизолона. Заключение: таким образом, зная клинику и течение РП, несложно поставить диагноз данного заболевания, однако для адекватного ведения больных необходимо оценивать степень активности болезни, во время мониторинга, при снижении дозы и отмене преднизолона.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, диагностические критерии, индекс активности ревматической полимиалгии, рецидивы, ремиссия.

По современным представлениям ревматическая полимиалгия (РП) является симптомокомплексом, развивающимся у лиц пожилого или старческого возраста. Выделение диагноза РП среди других дегенеративных и воспалительных заболеваний пожилых является очень важным, т.к. основным эффективным средством лечения являются глюкокортикоиды (ГК) [4, 8, 9, 11].

Клиническая картина РП уникальна и своеобразна – развивается в пожилом возрасте, имеет остро развивающийся болевой синдром с вовлечением мышц плечевого, тазового пояса, шеи, носящий симметричный характер, а также сопровождается значительным подъёмом уровня СОЭ и имеет яркий эффект при назначении малых доз преднизолона (ГК). Несмотря на это, поставить диагноз РП можно лишь, зная об этом заболевании. По словам Н.В. Бунчука, «врач, однажды правильно поставивший диагноз, вряд ли ошибётся в следующий раз». Ошибочная диагностика в течение первых месяцев болезни ведёт к поздней постановке диагноза и несвоевременному назначению адекватной терапии и худшему прогнозу [1, 2, 3, 4, 8, 9].

В настоящее время в литературе дискутируется вопрос о выработке оптимальных и надёжных критериев РП. В июне 2001 года в Праге проходил Европейский конгресс ревматологов, на котором обсуждались вопросы разработки единых критериев РП, ранней диагностики заболевания, признаков достижения ремиссии [8, 10, 11].

До сих пор не было ясности в оценке показателей эффективности проводимой терапии и мониторинга. Считается, что для оценки активности РП можно опираться на следующие клинические и серологические показатели: болевой синдром по визуально – аналоговой шкале (ВАШ), утреннюю скованность, элевацию верхних конечностей, длительность ответа на стероиды, наличие головной боли, перемежающейся боли в области жевательных мышц, уровень скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С – реактивного белка (СРБ), гемоглобин, сывороточное железо и а2-глобулин.

В декабре 2003 г. опубликовано исследование В. F. Leeb and H. A. Bird, в котором был предложен расчет индекса активности РП. По данным авторов индекс легко вычисляется, является надёжным средством мониторинга активности болезни. [11, 12].

Критерии ответа основаны на суммировании пяти переменных величин (боль – ВАШ пациента и врача, уровень элевации верхних конечностей и длительность утренней скованности СРБ г/л или СОЭ мм/час). Индекс был разработан с помощью факторного анализа линейной регрессии в разные временные отрезки и затем сравнивался с помощью парных t – критериев. В результате проведенного исследования доказано, что уровень СОЭ или СРБ и утренняя скованность являются независимыми от боли показателями. Боль (по ВАШ исследователя) – это независимый от пациента показатель, а элевация верхних конечностей отражает функциональный статус больного, хотя и зависит от боли. Разработанный индекс позволил объективизировать мониторинг за РП, длительностью приема ГК.

Цель: оценить активность ревматической полимиалгии по упрощенному индексу активности (ИАРП).

Материал и методы

В основу работы положены данные клинико-лабораторного и инструментального обследования и лечения 76 пациентов с достоверным диагнозом ревматической полимиалгии, находившихся на лечении в ревматическом отделении краевой клинической больницы № 1 г. Хабаровска с 1991 по 2005 годы. Группу составили 63 женщины (82,9 %) и 13 мужчин (17,1 %); средний возраст $66,2 \pm 1,0$ года (от 48 до 85 лет). Соотношение мужчин и женщин – 1: 4,8.

Длительность болезни до постановки диагноза колебалась от 1 до 96 месяцев, и в среднем составляла $7,5 \pm 1,0$ месяца (таб. 1).

Таблица 1. Характеристика больных ревматической полимиалгией за период 1991–2005 г. (n=76)

Показатели	Значение
Мужчины, чел.	13 (17,1%)
Женщины, чел.	63 (82,9%)
Средний возраст больных, лет	$66,2 \pm 1,0$
Средняя продолжительность заболевания к моменту установления диагноза, мес.	$7,5 \pm 1,0$

Диагноз РП основывался на диагностических критериях Американской Ревматологической Ассоциации (ACR), предложенных Н. Bird (2001 г.) в модификации института ревматологии РАМН г. Москвы:

1. Возраст больного старше 50 лет;
2. Наличие болей в мышцах, по крайней мере, в двух из трёх следующих областей (шея, плечевой и тазовый пояс);
3. Двусторонняя локализация болей;
4. Преобладание указанной локализации болей в течение активной фазы болезни;
5. СОЭ более 35 мм/час (по Панченкову);
6. Отсутствие признаков ревматоидного артрита (критерии ACR);
7. Быстрый эффект малых доз преднизолона (не более 15 мг/сут).

Диагноз считался достоверным при наличии всех 7 приведённых критериев.

Болевой синдром оценивался по визуально- аналоговой шкале (ВАШ).

ВАШ – это отрезок прямой линии, расположенной горизонтально, длиной 100 мм, конечные точки которой обозначают противоположные крайности оцениваемого показателя. Начальная точка (0 мм) соответствует отсутствию боли, а конечная (100 мм) – невыносимым болевым ощущениям. Интенсивность болевого синдрома определялась как пациентом, так и врачом.

Длительность утренней скованности рассчитывалась от момента пробуждения, оценивалась самим больным, измерялась в минутах.

Мышечная сила определялась врачом по 5 бальной системе: 0 баллов – движений нет; 1 балл – напряжение мышц пациента; 2 балла – мышечная сила значительно снижена; 3 балла – умеренно снижена; 4 балла – хорошая и 5 баллов – нормальная мышечная сила.

Элевация верхних конечностей определялась с помощью угломера от 0° до 180° и подразделялась на четыре степени (0 – 3): 3 степень – невозможность поднять руки вверх или полное отсутствие движений верхних конечностей; 2 степень – пациент поднимает руки вверх в пределах 0° – 90° , т.е. ниже уровня плечевого пояса; 1 степень – пациент поднимает руки вверх, но $< 180^\circ$; 0 степень – пациент поднимает руки вверх до 180° .

Для оценки активности РП и мониторинга был использован упрощённый индекс активности болезни ИАРП или SDAI PMR (simplified disease activity index polymyalgia rheumatica), предложенный В. F. Leeb, H. A. Bird [11]. Индекс активности рассчитывался следующим образом:

ИАРП = ВАШ пациента (0– 10 см) + ВАШ исследователя (0– 10 см) + утренняя скованность (мин) $\times 0,1$ + элевация верхних конечностей (3–0) + СОЭ мм/час $\times 0,1$, где 0,1 – это поправочный стандартный коэффициент.

ИАРП рассчитывался при поступлении больного в стационар после уточнения диагноза, при выписке из отделения, и далее при повторных осмотрах больных или последующих госпитализациях.

Уровень ИАРП ниже 7 расценивался как показатель ремиссии, от 7 до 17 – средняя степень активности, а более 17 – высокая степень активности.

Результаты и обсуждение

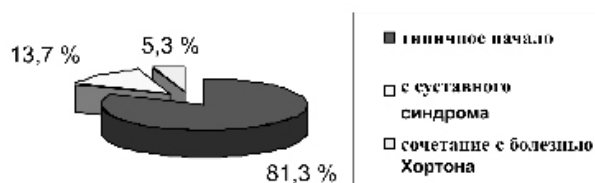
Заболевание РП у большинства пациентов (59,2 %) начиналось остро, на фоне относительного благополучия и отсутствия каких-либо тяжёлых фоновых заболеваний, сопровождалось лихорадкой до 38°, снижением массы тела на 5-10 кг в 55,3 %.

Таблица 2. Клинические признаки ревматической полимиалгии (n=76)

Признаки	Абс. значения	%
Снижение массы тела	42	55,3
Лихорадка	45	59,2
Дебют с миалгического синдрома	69	86,3
Дебют с суставного синдрома	11	13,7
Вовлечение шеи и плечевого пояса	42	55,3
Вовлечение плечевого и тазового пояса	29	38,2
Вовлечение шеи, плечевого и тазового пояса	11	14,5
СОЭ > 30 мм/час (по Панченкову)	68	89,5

Типичное начало заболевания с вовлечения мышц шеи, плечевого и тазового пояса наблюдалось у 69 человек (86,3 %).

Рисунок 1. Варианты дебюта РП



У 11 человек (13,7 %) заболевание дебютировало с суставного синдрома, причём у 3-х больных (3,8 %) дебют напоминал болезнь McCarty. Болезнь Хортона развивалась у 4-х человек, что составило 5,3 % (рис.1).

Миалгический синдром наблюдался у всех больных РП, развивался остро, быстро нарастал. В разгар заболевания интенсивные боли наблюдались в мышцах плечевого, тазового пояса, шеи, ягодицах, носили симметричный характер, в дистальных отделах конечностей болевой синдром отсутствовал. Вовлечение мышц плечевого пояса и шеи выявлено у 42 человек (52,5 %); плечевого и тазового пояса – 29 человек (36,3 %). Вовлечение всех трёх областей определялось у 11 человек (13,7 %).

Интенсивность болевой синдром при оценке ВАШ пациента составила 70,0 мм, по оценке врача ВАШ – 67,0 мм.

Утренняя скованность колебалась от 60 до 240 минут, средняя – 123,4 ± 5,1 минуты.

Таблица 3. Уровень элевации верхних конечностей, чел (%) (n=76)

Уровень элевации	1 балл	2 балла	3 балла
	13 (17,1 %)	47 (61,8 %)	16 (21,0 %)

У большинства пациентов уровень элевации верхних конечностей в среднем составил 2 балла и 3 балла (суммарно 82,2 %) У 16 больных отмечалась полная обездвиженность (табл. 3).

Суставной синдром отмечался у 32 больных (42,1 %). Это были преимущественно крупные суставы верхних и/или нижних конечностей (плечевых, коленных, лучезапястных). Наиболее часто в процесс вовлекались коленные и лучезапястные суставы (43,8 % и 25,0 %). Суставной синдром во всех случаях сочетался с миалгическим синдромом. Симметричное поражение суставов отмечалось 8 больных (25,0 %).

У 8 пациентов (10,5 %) в динамике развивался серопозитивный ревматоидный артрит, в связи с чем больные в исследование не вошли.

Изменение СОЭ наблюдалось у 99,5 % пациентов, уровень СОЭ колебался от 13 до 84 мм/час. В 89,5 % случаях (68 больных) превышал 30 мм/час. У 8 больных (10,5 %) уровень СОЭ оставался нормальным при типичной клинической картине.

У всех больных при поступлении наблюдался высокий индекс активности РП (ИАРП > 17), средний уровень – 32,8 ± 0,8. На фоне проводимого лечения ГК через 3 недели клиническая симптоматика, а также ИАРП значительно снижались (таб. 4).

Таблица 4. Динамика миалгического синдрома и ИАРП, n=76

Показатели	При госпитализации (M ± σ)	При выписке (M ± σ)
ВАШ пациента (мм)	69,1 ± 15,2	32,9 ± 10,4*
ВАШ врача (мм)	66,1 ± 14,3	35,3 ± 10,0*
Утренняя скованность (мин.)	123,4 ± 44,8	64,9 ± 18,1*
Элевация в/конечностей (баллы)	2,0 ± 0,6	19,2 ± 8,1*
Мышечная сила (баллы)	1,1 ± 0,3	2,0 ± 0,2**
Индекс активности	32,8 ± 0,8	18,7 ± 0,3**

Примечание: значимость * $p < 0,05$
** $p < 0,01$

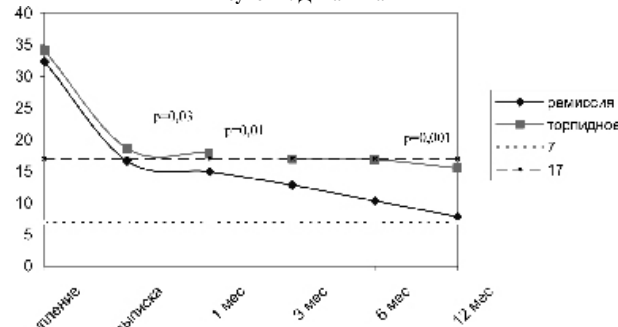
Как видно из таблицы, достоверно уменьшался болевой синдром (по оценке ВАШ пациента и врача), утренняя скованность и индекс активности. Однако при выписке ИАРП оставался повышенным и не достигал целевого уровня. При сравнении групп пациентов, в которых удалось отменить ГК (1 группа) и не удалось (2 группа) оказалось, что стероидно – зависимые формы РП (торпидное течение) развились при быстрой и неадекватной отмене ГК. Во 2 группе активность РП не достигала целевого уровня ни при выписке, ни во время мониторинга через 1- 2 - 6 - 12 месяцев (таб.5, рис. 2).

Таблица 5. Динамика индекса активности ревматической полимиалгии в течение года

	поступление	выписка из стационара	1 мес	3 мес.	6 мес.	12 мес.
1 группа (n=44)	32,3	16,6	14,9	12,8	10,3	7,8
2 группа (n=32)	34,1	18,6	17,9	16,9	16,8	15,5
значение p	0,29	0,032	0,01	0,001	0,001	0,001

Расчет коэффициента корреляции методом Спирмена выявил обратную корреляционную зависимость между частотой стероидно – зависимых форм РП и индексом активности (через 12 месяцев) ($R_{xy} = -0,76$, $p < 0,001$), причем с увеличением времени сила связи достоверно нарастала (через 1 мес. $R_{xy} = -0,28$, через 3 мес. $R_{xy} = -0,32$, через 6 мес. $R_{xy} = -0,57$, через 12 мес. $R_{xy} = 0,76$).

Рисунок 2. Динамика ИАРП



Всем больным после выписки из стационара было рекомендовано продолжать терапию ГК не только до полного регресса миалгического синдрома, но и до нормализации уровня СОЭ. Пациентам, которым снижали преднизолон в медленном темпе при достижении целевого уровня ИАРП (< 7), удалось в последующем полностью отменить ГК. При анализе группы больных с торпидным течением РП и развитии стероидно-зависимых форм РП оказалось, что отмена ГК проводилась на фоне высокого ИАРП – более 7–17 ед. (корреляция $r = 0,76$).

Таким образом, РП имеет своеобразную клиническую картину. Учитывая пожилой возраст, наличие таких общевоспалительных симптомов, как похудание, анорексия, лихорадка, обездвиженность больного, наводит врачей на мысль об онкологическом заболевании, однако частота встречаемости онкологической патологии у больных РП не выше, чем в целом в популяции [1,4,10,14]. В нашем исследовании на 1 этапе у пациентов также исключался паранеопластический синдром.

Обязательным критерием при постановке диагноза РП является наличие миалгического синдрома с определенными характеристиками. Миалгический синдром может захватывать как три зоны, так и выявляться только в плечевом или тазовом поясе [3,4,6,8]. Частота встречаемости артрита по данным различных авторов составляет от 15 % до 69 %. Как правило, в процесс вовлекается небольшое число крупных и средних суставов, причём, симметричность поражения не обязательна. По данным James D. Singleton, артрит у больных РП носит преимущественно транзиторный характер и умеренно выражен. Е. Л. Насонов отмечает, что артрит обычно развивается в дебюте заболевания, что заставляет проводить дифференциальную диагностику с ревматоидным артритом пожилых. В то же время воспаление суставов может присоединиться и через несколько недель после развития типичной клинической картины РП, но оно быстро проходит на фоне ГК терапии и в дальнейшем не рецидивирует [8]. У наших пациентов артрит наблюдался в 42,1 % случаях. В настоящее время считается, что высокий уровень СОЭ (> 30 мм/час) не является абсолютным для подтверждения диагноза РП [5, 6, 11, 13]. В нашем исследовании у 8 больных (10,5%) при типичной картине РП уровень СОЭ оставался нормальным.

Хотелось бы отметить о значимости последнего критерия РП – быстрый («dramatic» effect) ответ на низкие дозы стероидов (per os). Чувствительность данного критерия составляет 99 % (Прага, 2001) [11]. У наших пациентов в отдельных случаях эффект наступал через нескольких часов, у большинства – через 3 дня, у всех – к концу недели. Подобного эффекта мы не видим при лечении других ревматических заболеваний.

В стандарты оценки активности многих ревматических заболеваний входят индексы активности, что позволяет не только выделить отдельные субтипы, но и об-

активизировать мониторинг болезни [8]. Во всем мире активно используется индекс активности ревматоидного артрита (DAS – disease activity index for rheumatoid arthritis), отсутствие нормализации которого позволяет выделить рефрактерные формы ревматоидного артрита, что приводит в поискам новых методов лечения заболевания [13,14].

Внедрение в практику ИАРП позволяет объективно оценить активность заболевания и определить сроки начала отмены глюкокортикоидов. По данным ряда авторов, рецидивы РП развиваются у 20 % пациентов после полной отмены ГК [4, 9]. Как правило, рецидивы связаны с выбором неадекватных схем терапии. Рецидивы сопровождаются увеличением дозы ГК, что повышает риск осложнений ГК терапии у пожилых больных, имеющих различные коморбидные состояния.

Таким образом, проведенное нами клиническое исследование показало, что для оценки активности РП и оптимизации лечения необходимо определять активность заболевания, рассчитывая ИАРП. Снижение дозы преднизолона возможно только после достижения клинико-лабораторной ремиссии, что соответствует ИАРП ниже 7 у.ед. Это позволит исключить формирование торпидных ГК – зависимых форм и рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бунчук Н.В., Никитин С.С. Диагностика ревматической полимиалгии //Клиническая медицина. – 1986. – № 5. – С. 80–85.
2. Бунчук Н.В., Рыткова М.И. Клинические проявления ревматической полимиалгии //Тер. архив. – 1991. – № 4. – С. 106 – 109.
3. Бунчук Н.В. Ревматическая полимиалгия //Клиническая медицина. – 1993. – №1. – С. 61–71.
4. Бунчук Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. – М., 1992. – 157 с.
5. Островский А.Б., Оттева Э.Н. Ревматическая полимиалгия //2 Всероссийский съезд ревматологов. – Тула, 1997. – С. 141.
6. Кочерова Т.Ю., Оттева Э.Н. Значимость диагностических критериев ревматической полимиалгии //Рос. ревмат. – № 5. – 1999. – С. 62.
7. Оттева Э.Н., Кочерова Т. Ю. с соавт. Клиническая картина и течение ревматической полимиалгии // Тезисы 4 съезда, Казань //Научно-практ. ревмат. – 2005. – №3. – С. 94.
8. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. – Ярославль: Верхняя Волга. 1999. – с. 368–382
9. Насонов Е.Л., Голованова О.Е. Клинико-диагностические аспекты ревматической полимиалгии //Тер.архив, 1981. – № 11. – С. 21–24.
10. Barraclough D. Problems in the management of polymyalgia rheumatica and giant cell arthritis. //Proceedings. 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress. APLAR 2000, Beijing, China, 2000. – P. 110.
11. Leeb B.F., Bird H.A. A disease activity score for polymyalgia rheumatica. //Ann Rheum Dis. – 2004. – 63(10) – P. 1279–83.
12. Bird H. European diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica //Ann Rheum Dis. – 2001. – Vol. 60: (Suppl 1). – P. 1060–1063.
13. Smolen J. S., Breedveld F. C. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. //Rheumatology. – 2003. – Vol. 42: – P. 244–257.
14. Brian F. Mandell Polymyalgia rheumatica: clinical presentation is key to diagnosis and treatment. //Cleveland Clinic Journ. of medicin. – 2004. – Vol. 71(6) – P. 489.

RHEUMATIC POLYMYALGIA: CLINICAL COURSE, INDEX OF ACTIVITY

T.U. Kocherova, E.N. Otteva
(Regional Clinical Hospital №1, Khabarovsk, Russia)

The purpose of the investigation was to estimate activity of rheumatic polymyalgia according to the simple index of activity. On the base of Rheumatologic department of clinical hospital №1 there were treated 76 patients with reliable diagnosis RP, the clinical course of disease was studied and the estimation of disease activity according to the activity index has been made, as well as the influence of glucocorticoids upon the disease activity was studied. The conclusion of the investigation was made: when clinical picture and course of RP is known, it is not difficult to put the diagnosis, but in order to treat a patient adequately, it is necessary to estimate the degree of disease activity during the monitoring, in decreasing the dose and abolition of prednisolone.