

УДК 616.74-002.77-053.9-07-08

О.В. Жиринова¹, С.Н. Бельдиев², В.А. Самуйлова¹, А.Б. Соколова¹, Д.Ю. Платонов^{1,2},
О.В. Коновалова¹, М.И. Северова¹, М.М. Черномазова¹

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ У ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

¹ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница»

²Кафедра внутренних болезней, интернатуры и ординатуры ФДПО
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

В статье на примере клинического наблюдения пациентки 77 лет обсуждаются вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения ревматической полимиалгии (РПМ), развившейся на фоне множественных сопутствующих заболеваний. Рассматриваются проблемы, которые могут возникать при попытке использовать классификационные критерии РПМ для ее выявления в повседневной клинической практике. Подчеркивается важная роль глюкокортикоидов для быстрого достижения ремиссии РПМ.

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, классификационные критерии, ремиттирующий серонегативный симметричный синовит с мягким отеком.

DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POLYMYALGIA RHEUMATICA IN A POLYMORBID ELDERLY PATIENT (CLINICAL OBSERVATION)

O.V. Zhirnova¹, S.N. Bel'diev², V.A. Samujlova¹, A.B. Sokolova¹, D.Ju. Platonov^{1,2}, O.V. Konovalova¹, M.I. Severova¹,
M.M. Chernomazova¹

¹Tver Regional Clinical Hospital

²Tver State Medical University

Using a clinical case of 77-years old patient as an example, the article discusses the issues of diagnosis, differential diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica (PMR), which has developed in the presence of multiple concomitant diseases. The authors consider the problems that can arise in application of PMR classification criteria in routine clinical practice. The important role of glucocorticoids for rapid achievement of remission of PMR is emphasized.

Key words: polymyalgia rheumatica, classification criteria, remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema.

Введение

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата неясной этиологии, которое развивается преимущественно у лиц пожилого (65–74 года) и старческого (старше 75 лет) возраста, характеризуется болями и скованностью в шее, плечевом и тазовом поясе, повышением лабораторных показателей воспаления и быстрым наступлением ремиссии при назначении небольших доз глюкокортикоидов [1].

Под названием «сенильная ревматическая подагра» заболевание впервые описано 130 лет назад – в 1888 году. В 1957 году для его обозначения предложен термин «РПМ», который в настоящее время является общепринятым, хотя и недостаточно корректным с патогенетической точки зрения, так как симптомы обусловлены не поражением мышц, а воспалением синовиальных оболочек суставов [2]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра для заболевания выделен код «M35.3 РПМ», а в случае сочетания с гигантоклеточным артериитом – «M31.5 Гигантоклеточный артериит с РПМ» [3].

Несмотря на многолетнюю историю изучения, специфические лабораторные маркеры РПМ так и не выявлены [2]. Кроме того, РПМ в большинстве случаев развивается на фоне других заболеваний, нередко множественных, что затрудняет установление диагноза и назначение лечения [1]. Рассмотрим соответствующий пример.

Клиническое наблюдение

Пациентка 77 лет находилась на стационарном лечении в отделении ветеранов войн областной клинической больницы (ОКБ) в феврале 2018 г.

Основной диагност. E11.7 Сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями. Целевой уровень HbA1c 7,5%.

Осложнения. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма, субкритическая стадия. Диабетическая макроангиопатия: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей IIБ стадии; стеноз общей сонной артерии в области бифуркации, гемодинамически незначимый (слева 55%, справа 45%). Диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии, хроническая болезнь почек С3А, А2 (расчетная скорость клубоч-

ковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ 45–54 мл/мин/1,73 м²). Стеатогепатоз, дислипидемия.

Сопутствующий диагноз. Энцефалопатия сложного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая), прогрессирующее течение, стадия субкомпенсации с умеренно выраженными кохлеовестибулярным, цефалгическим, амиостатическим синдромами и когнитивно-мнестическими расстройствами. Последствия перенесенного кардиоэмболического инсульта (2014 г.) с правосторонней гемипарезией и правосторонним легким гемипарезом. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2-й степени, медикаментозно скорректированная до риска 4. Постинфарктный кардиосклероз (2009 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий, СНА₂DS₂-VAsc 9 баллов, хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, 3-го функционального класса. Имплантация электрокардиостимулятора (2017 г.) по поводу атриовентрикулярной блокады 3-й степени. Хронический калькулезный холецистит вне обострения. Язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения. Дорсопатия шейного отдела позвоночника, стойкий умеренный болевой и мышечно-тонический синдромы, стадия обострения. Первичный генерализованный остеоартроз: деформирующий полиостеоартроз межфаланговых суставов кистей (узелки Гебердена и Бушара) 3-й стадии; двусторонний плечелопаточный периартроз, стойкий болевой синдром.

Приведенный диагноз явился результатом всестороннего клинического обследования, выполненного как на догоспитальном этапе, так и во время госпитализации, и подтвержденного данными неоднократных лабораторно-инструментальных исследований. В частности, диагноз генерализованного остеоартроза и двустороннего плечелопаточного периартроза был подтвержден данными ультразвукового (УЗ) и рентгенологического (Rg) исследований.

УЗ-артроскопия левого плечевого сустава, левой кисти (05.02.2018): УЗ-картина тендиноза сухожилий надостной, подостной и подлопаточной мышцы, артроза плечевого сустава и акромиально-ключичного сочленения (АКС); дегенеративные изменения фиброзно-хрящевой губы гленоида; УЗ-признаки тендинита сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти, распространенного артроза суставов кисти.

Rg-графия плечевых суставов, левой кисти (09.02.2018): плечевые суставы – проявления двустороннего плечелопаточного периартроза, артроза АКС с гипертрофией суставных концов, в проекции субакромиальных сумок сустава определяются обызвествления; на Rg-граммах левой кисти мягкие ткани неравномерно утолщены в области отдельных суставов (особенно проксимальных межфаланговых), определяется субхондральный склероз смежных суставных поверхностей с наличием костных заострений на уровне пястно-фаланговых и

межфаланговых суставов, сужение суставных щелей пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. Заключение: Rg-картина остеоартроза мелких суставов кистей 2–3-й стадии.

Вместе с тем обращали внимание некоторые клинические особенности, не укладывавшиеся в рамки типичной картины дегенеративно-дистрофического поражения суставов. До ноября 2017 г. боли в области плечевых суставов, преимущественно слева, периодически беспокоившие пациентку на протяжении предшествующих 3 лет, возникали в основном при движениях и заметно ослабевали после приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). С ноября боли приобрели более интенсивный и симметричный характер, стали беспокоить во второй половине ночи, усиливаясь в положении на левом и правом боку (под влиянием нагрузки массой тела). При этом появилось ощущение скованности в области шеи и плеч в первые часы после пробуждения, а прием НПВС перестал приносить привычное облегчение.

В декабре был проведен курс внутримышечных инъекций НПВС, и кроме того, дважды, с интервалом в 2 недели, вводился бетаметазон (дипроспан) по 7 мг (1 мл) сначала в левый, затем в правый плечевой сустав. На этом фоне боли и скованность уменьшились, однако после 2-й инъекции бетаметазона при самоизмерении портативным глюкометром было зарегистрировано однократное повышение гликемии до 30 ммоль/л, что пациентка и ухаживающая за ней дочь приписали действию препарата, отказавшись от его дальнейшего введения. В последующем, несмотря на попытки применения различных НПВС внутрь, парентерально и местно в виде мазей и гелей, боли и скованность сохранялись, а за неделю до поступления в ОКБ развился отек левой кисти, что и стало одним из поводов к госпитализации.

При поступлении отмечалось значительное ограничение амплитуды активных движений в плечевых суставах и левой кисти вследствие существенного усиления болей. При этом амплитуда пассивных движений была менее ограниченной, а пальпация пораженных областей вызывала меньшее усиление болей, чем выполнение активных движений. На тыльной поверхности левой кисти, включая область лучезапястного сустава, определялся выраженный («подушкообразный») отек мягких тканей, неплотной консистенции с образованием ямки при надавливании кончиком пальца. Кожа над областью отека была слегка гиперемированной и более теплой на ощупь по сравнению с кожей на тыльной поверхности правой кисти. В анализах крови были выявлены повышение СОЭ (30 мм/ч) и С-реактивного белка (38 мг/л), а также ревматоидный фактор (РФ) в невысоком титре (1:8). В процессе обследования с привлечением врачей-специалистов и широкого спектра лабораторно-инструментальных исследований были диагностированы перечисленные выше состояния, но не обнаружены заболевания (инфекционно-

воспалительные, онкологические и др.), с которыми можно было бы связать указанные особенности клинической картины и повышение острофазовых показателей.

На основе полученных данных решением консилиума от 15.02.2018 г. был сформулирован предварительный диагноз РПМ и рекомендовано провести пробное лечение преднизолоном (по 30 мг ежедневно внутривенно капельно № 5). Поскольку к этому времени уже была достигнута удовлетворительная компенсация сахарного диабета, удалось (правда, после достаточно продолжительной беседы) убедить пациентку и ее родственников в целесообразности применения преднизолона. Эффект от его введения превзошел ожидания: к 5-му дню отмечалось полное устранение ночных болей и чувства скованности после пробуждения, практически полное исчезновение отека левой кисти, а также значительное уменьшение болей при движениях в плечевых суставах и суставах левой кисти. Таким образом, диагноз РПМ был подтвержден, и с 6-го дня пациентка продолжила прием преднизолона внутрь по 15 мг ежедневно утром. К моменту выписки (22.02.2018) СОЭ снизилась до 18 мм/ч, а С-реактивный белок – до 5 мг/мл.

При амбулаторной консультации ревматолога через 3 недели после выписки отмечено следующее: небольшая болезненность при активных движениях в плечевых суставах (по словам пациентки, менее выраженная, чем до дебюта РПМ в ноябре 2017 г.), отек левой кисти отсутствует; СОЭ и С-реактивный белок – в пределах референсных значений; уровень глюкозы крови – в целевом диапазоне. Рекомендовано снизить дозу преднизолона до 12,5 мг/сут с контрольным осмотром через 3–4 недели, а также продолжить прием препаратов для профилактики осложнений глюкокортикоидной терапии и лечение по поводу сопутствующих заболеваний (омепразол, инсулинотерапия, комбинированные препараты кальция и витамина D₃, atorвастатин, валсартан, индапамид, бисопролол, аписабан).

Обсуждение

Своевременная диагностика и адекватное лечение ревматических заболеваний нередко представляют собой трудную задачу [1, 4–9], в том числе по причинам организационного характера из-за недостаточного охвата больных регулярным диспансерным наблюдением [10]. В случае РПМ ситуация осложняется не только отсутствием специфических маркеров заболевания, но и отсутствием общепринятых критериев его диагностики [1, 11]. Консенсус достигнут только в отношении классификационных критериев РПМ после опубликования в 2012 г. документа, подготовленного совместно экспертами Европейской лиги по борьбе с ревматизмом и Американской коллегии ревматологов [12].

Согласно документу, для диагностики РПМ обязательно присутствие трех основных признаков: возраст старше 50 лет, двусторонняя боль в плечах,

увеличение С-реактивного белка и/или СОЭ. При наличии всех трех признаков учитываются дополнительные клинико-лабораторные критерии и суммируются соответствующие им баллы: 1) утренняя скованность свыше 45 мин – 2 балла; 2) боль в области тазобедренных суставов или ограничение их подвижности – 1 балл; 3) отсутствие РФ или антител к циклическому цитруллинированному пептиду – 2 балла; 4) отсутствие болей в других суставах помимо плечевых и тазобедренных – 1 балл. Диагноз РПМ устанавливается, если сумма составляет ≥ 4 балла. Дополнительно к четырем клинико-лабораторным критериям могут быть использованы еще два УЗ-критерия: 5) односторонний субдельтовидный бурсит, и/или теносиновит бицепса, и/или синовиит плечевого сустава в сочетании с односторонним синовиитом и/или бурситом тазобедренного сустава – 1 балл; 6) двусторонний субдельтовидный бурсит, и/или теносиновит бицепсов, и/или синовиит плечевых суставов – 1 балл. При включении в подсчет 5-го и 6-го критериев РПМ диагностируется, если сумма по всем шести дополнительным критериям составляет ≥ 5 баллов [12].

Приведенные критерии получили достаточно широкую известность и в последнее время нередко упоминаются в отечественных работах с описанием отдельных клинических случаев РПМ [13–15]. Следует, однако, помнить, что данные критерии являются классификационными и предназначены не для диагностики РПМ в повседневной практике, а для отбора больных в клинические исследования [12, 16–17]. Согласно документу 2012 г., специфичность предложенного метода достигает 88%, но его чувствительность не превышает 66% [12], из чего следует, что даже при использовании всех дополнительных критериев диагноз не будет установлен у каждого третьего пациента с РПМ.

В случае пациентки 77 лет классификационные критерии «сработали», но только потому, что титр РФ оказался невысоким, а сам результат анализа был интерпретирован должным образом. Действительно, наряду с тремя основными признаками (возраст старше 50 лет, двусторонняя боль в плечах, увеличение С-реактивного белка и СОЭ) у пациентки выявлены только два дополнительных клинико-лабораторных критерия (утренняя скованность свыше 45 мин и отсутствие РФ), дающие в сумме необходимые для диагноза РПМ 4 балла. При этом критерий «отсутствие РФ» мог бы остаться неучтенным, так как с формальной точки зрения РФ в крови присутствует, пусть и в невысоком титре (1:8). Более того, в лабораторных бланках анализов даже невысокие титры РФ нередко выделяются жирным шрифтом и без указания референсных значений (как было и в разбираемом случае), что может стать причиной некорректной трактовки полученных результатов. Напомним, что явно повышенным считается титр РФ 1:40 и более [18], а меньшие титры, например, 1:8, рассматриваются как вариант нормы, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [1]. Примеча-

тельно, что в случае выявления у нашей пациентки РФ в титре 1:40 или выше классификационные критерии уже не позволили бы диагностировать РПМ. А между тем обнаружение РФ в повышенном титре никоим образом не противоречит диагнозу РПМ. Так, по данным Н.В. Бунчука, повышение титра РФ до 1:40–1:80 и даже до 1:160 и более, исчезающее в процессе лечения глюкокортикоидами, регистрируется у каждого шестого пациента с РПМ [1].

Характерно также, что выявленное у нашей пациентки поражение левой кисти не позволяет начислить еще 1 балл по критерию «отсутствие болей в других суставах, кроме плечевых и тазобедренных». Подобно повышенному титру РФ поражение периферических суставов несколько не противоречит диагнозу РПМ, так как регистрируется примерно у каждого третьего пациента с данным заболеванием [1]. При этом чаще всего развивается асимметричный артрит лучезапястных и/или коленных суставов, который, как и болевой синдром в плечевом и тазовом поясе, быстро купируется назначением глюкокортикоидов в небольших дозах [1].

Наблюдавшийся у нашей больной отек кисти не укладывался в рамки типичной картины артрита лучезапястного сустава, что потребовало дифференциальной диагностики, в первую очередь с синдромом «плечо–кисть», который представляет собой один из клинических вариантов комплексного регионального болевого синдрома [19–20]. Для острой стадии синдрома «плечо–кисть» наряду с болями в области плечевого сустава и кисти характерен массивный отек кисти, наиболее выраженный на тыльной поверхности. Отек, как и в разбираемом случае, обычно сопровождается гиперемией и гипертермией кожи, однако при этом, как правило, отмечаются вегетативно-трофические нарушения (цианоз, гипо- или гипергидроз, атрофия кожи) [19–20], отсутствовавшие у нашей пациентки. Кроме того, для комплексного регионального болевого синдрома нетипичен быстрый ответ на небольшие дозы глюкокортикоидов, и для достижения клинического эффекта требуется применение преднизолона в суточной дозе 30 мг и более на протяжении как минимум 2 недель [20].

Поражение кисти у нашей пациентки необходимо также дифференцировать с заболеванием, впервые описанным в 1985 г. в США и получившим название «remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema» (сокращенно – RS₃PE) – ремиттирующий серонегативный симметричный синовит с мягким отеком (РС₃МО) [1, 21]. Наиболее ярким клиническим проявлением данного заболевания является остро развивающийся диффузный отек тыла кистей, мягкий по консистенции (при надавливании на отечную область остается ямка) и порой настолько выраженный, что кисть напоминает по форме боксерскую перчатку [1, 21]. При инструментальном обследовании выявляется синовит лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, а также воспаление сухожилий сгибателей и

разгибателей пальцев (обнаруженное при УЗ-исследовании и у нашей больной). В первых описанных наблюдениях у пациентов с РС₃МО в анализах крови отсутствовал РФ, а поражение кистей было двусторонним, что нашло отражение в названии (серонегативный симметричный) [21]. Впоследствии стали накапливаться сообщения об атипичном течении заболевания с транзиторным повышением РФ [1], а также с односторонним поражением кисти [22–23]. Примечательно, что у больных с односторонним поражением кисти в половине описанных случаев регистрировался гемипарез вследствие перенесенного в прошлом инсульта, при этом в воспалительный процесс вовлекалась кисть на контралатеральной («здоровой») стороне [23], как и у нашей пациентки. Подобно РПМ, РС₃МО является заболеванием неизвестной этиологии, поражает в основном лиц пожилого и старческого возраста, характеризуется повышением лабораторных показателей воспаления и быстрым развитием ремиссии в ответ на прием небольших доз глюкокортикоидов [1, 21]. Кроме того, у большинства пациентов с РС₃МО отмечаются боли в проксимальных отделах конечностей, а у пациентов с РПМ в ряде случаев развивается отек кистей, поэтому высказывается предположение, что РС₃МО и РПМ представляют собой клинические варианты одного заболевания [22]. Как бы то ни было, в случае нашей пациентки приоритетным представляется именно диагноз РПМ, так как поражение проксимальных отделов верхних конечностей существенно опережало по времени возникновения поражение левой кисти.

Соответственно сформулированному диагнозу была выбрана стартовая доза преднизолона. При РС₃МО для достижения клинико-лабораторной ремиссии требуется стартовая доза преднизолона не более 10 мг/сут [1, 21], тогда как большинству пациентов с РПМ необходима стартовая доза 12,5–25 мг/сут, при этом настоятельно не рекомендуется начинать лечение с доз ≤7,5 мг/сут и >30 мг/сут [24–25]. В нашем случае в первые пять дней лечения была использована максимальная допустимая доза 30 мг/сут, так как препарат поначалу вводился внутривенно (содержимое ампулы – 30 мг) из-за сомнений пациентки и ее родственников в целесообразности «принимать гормоны». При этом ставилась задача добиться быстрого и гарантированного наступления эффекта, одновременно продемонстрировав пациентке, что даже при такой дозе вполне возможно поддерживать уровень гликемии на должном уровне путем коррекции режима инсулинотерапии. Введенная за 5 дней суммарная доза преднизолона 150 мг примерно в 1,6 раза выше по активности суммарной дозы бетаметазона 14 мг, которую пациентка получила с интервалом в 2 недели в декабре 2017 г. (5 мг преднизолона ≈ 0,75 мг бетаметазона [26]). Тем не менее в период введения преднизолона уровень глюкозы крови оставался в пределах целевых значений, и для этого потребовалось увеличение дозы инсу-

лина всего на 4 ЕД (с 60 до 64 ЕД/сут), что рассеяло опасения больной и ее родственников относительно безопасности продолжения глюкокортикоидной терапии после выписки из стационара.

Назначенная пациентке доза преднизолона внутрь (15 мг/сут незадолго до выписки со снижением до 12,5 мг/сут при амбулаторном осмотре через 3 недели после выписки) соответствует рекомендуемой в настоящее время схеме терапии РПМ. Согласно схеме, стартовая доза преднизолона (в среднем 12,5–25 мг/сут) назначается на срок до 4 недель. Далее, в случае достижения клинико-лабораторной ремиссии, доза снижается до 10 мг/сут в течение 4–8 недель, а затем ежемесячно уменьшается на 1,25 мг/сут вплоть до полной отмены. При обострении РПМ необходимо вернуться к предыдущей дозе, которая обеспечивала поддержание ремиссии [24–25].

Следует добавить, что на момент поступления в стационар антитромботическая терапия, которую пациентка получала по поводу сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, была представлена пероральным антикоагулянтом апиксабаном в дозе 2,5 мг 2 раза в день. В данном случае монотерапия антикоагулянтом вполне оправдана: у пациентки имеется фибрилляция предсердий с высоким риском повторного инсульта и/или системных эмболий, а инфаркт миокарда перенесен несколько лет назад, в связи с чем дополнительный прием антитромбоцитарных средств не обязателен [27]. Вместе с тем использование сниженной дозы апиксабана вместо стандартной дозы 5 мг 2 раза в день представляется неоправданным. Основанием для снижения дозы служит присутствие как минимум двух из трех факторов: возраст старше 80 лет, масса тела менее 60 кг, креатинин сыворотки ≥ 133 мкмоль/л [27]. У пациентки нет ни одного из этих факторов: возраст – 77 лет, масса тела – 75 кг, креатинин сыворотки до госпитализации и во время госпитализации – от 89 до 104 мкмоль/л. Назначенное лечение не включает лекарственных средств, способных существенно повысить плазменную концентрацию апиксабана [27–30]. В течение предшествующих месяцев пациентка получала НПВС, которые с момента установления диагноза РПМ заменены на преднизолон. Однако, несмотря на это и наличие в анамнезе язвенной болезни 12-перстной кишки, при проведении эндоскопии эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны не обнаружены, что, по-видимому, связано с непрерывным приемом ингибиторов протонной помпы (ИПП) в период применения НПВС, а также с успешной эрадикацией *H. pylori*, проведенной в 2009 г. после перенесенного инфаркта миокарда. Учитывая изложенное, в период госпитализации доза апиксабана была увеличена до 5 мг 2 раза в день и рекомендована для дальнейшего применения после выписки. Наряду с этим назначен прием профилактических доз ИПП до тех пор, пока продолжается лечение преднизолоном.

Заключение

Как показывает представленный случай, для диагностики РПМ от врача требуется соответствующая настороженность, чтобы среди многочисленных субъективных и объективных симптомов выявленных у пациента заболеваний выделить характерные, хотя и неспецифичные, для РПМ признаки. Предложенные в 2012 г. классификационные критерии РПМ, призванные унифицировать процесс отбора больных в исследования, недостаточно чувствительны для диагностики РПМ в повседневной практике, так как не учитывают многообразие клинических проявлений заболевания и его реакцию на глюкокортикоиды. Назначение последних в адекватных дозах с одновременной коррекцией возможных побочных эффектов и сопутствующей терапии имеет решающее значение как для диагностики, так и для успешного лечения РПМ.

Литература / References

1. Бунчук, Н.В. Ревматические заболевания пожилых / Н.В. Бунчук. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 272 с.
2. Bunchuk, N.V. Revmaticheskie zabolevaniya pozhiilyh / N.V. Bunchuk. – М.: MEDpress-inform, 2014. – 272 s.
3. Polymyalgia rheumatica: 125 years of progress? / P.J. Rooney [et al.] // Scott. Med. J. – 2014. – Vol. 59, № 4. – P. 220–228. doi: 10.1177/0036933014548144.
4. Ревматическая полимиалгия: особенности клинической картины и диагностики / Г.Ю. Дорохов [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 2 (58). – С. 213–217.
5. Revmaticheskaya polimialgiya: osobennosti klinicheskoy kartiny i diagnostiki / G.Yu. Dorohov [i dr.] // Vestnik Rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. – 2017. – № 2 (58). – С. 213–217.
6. Складнова, М.В. Сложности ранней диагностики и лечения ревматических заболеваний / М.В. Складнова, А.Н. Калягин // Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – № 5–2 (87). – С. 160–165.
7. Sklyanova, M.V. Slozhnosti rannej diagnostiki i lecheniya revmaticeskikh zabolevanij / M.V. Sklyanova, A.N. Kalyagin // Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – № 5–2 (87). – С. 160–165.
8. Пospelova, А.М. Комплексная лучевая диагностика ревматоидного артрита периферических суставов / А.М. Пospelova, Ю.Ф. Платонов // Верхневолжский медицинский журнал. – 2009. – Т. 7, № 2. – С. 34–36.
9. Pospelova, A.M. Kompleksnaya lucheovaya diagnostika revmatoidnogo artrita perifericheskikh sustavov / A.M. Pospelova, Yu.F. Platonov // Verhnevolzhskij medicinskiy zhurnal. – 2009. – Т. 7, № 2. – С. 34–36.
10. Смирнов, С.А. Ревматические маски эндокринных заболеваний / С.А. Смирнов // Актуальные вопросы эндокринологии в терапевтической практике. – Тверь: Фактор, 2014. – С. 601–614.
11. Smirnov, S.A. Revmaticheskie maski endokrinnyh zabolevanij / S.A. Smirnov // Aktual'nye voprosy endokrinologii v terapevticheskoy praktike. – Tver': Faktor, 2014. – С. 601–614.
12. Воробьев, С.А. Лихорадка неясного генеза и болезнь Стилла у взрослых (клиническое наблюдение) / С.А. Воробьев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 31–36.
13. Vorob'ev, S.A. Lihoradka neyasnogo geneza i bolezni Stilla u vzroslykh (klinicheskoe nablyudenie) /

S.A. Vorob'ev // Verhnevolzhskij medicinskij zhurnal. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 31–36.

8. Рябова, С.М. Клиническая эффективность статинов в терапии пациентов с остеоартрозом и метаболическим синдромом / С.М. Рябова // Верхневолжский медицинский журнал. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 18–22.

Ryabova, S.M. Klinicheskaya effektivnost' statinov v terapii pacientov s osteoartrozom i metabolicheskim sindromom / S.M. Ryabova // Verhnevolzhskij medicinskij zhurnal. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 18–22.

9. Быстров, С.В. Тотальное эндопротезирование и гемиартропластика тазобедренного сустава при оперативном лечении переломов шейки бедра у пациентов пожилого и старческого возраста. По материалам Тверской области / С.В. Быстров, Д.В. Федерякин // Тверской медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 82–92.

Bystrov, S.V. Total'noe endoprotezirovaniye i gemiartroplastika tazobedrennogo sustava pri operativnom lechenii perelomov shejki bedra u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Po materialam Tverskoj oblasti / S.V. Bystrov, D.V. Federyakin // Tverskoj medicinskij zhurnal. – 2014. – № 4. – С. 82–92.

10. Основные итоги работы терапевтической службы и общих врачебных практик в Тверской области в 2015 году и приоритетные задачи на 2016 год / С.В. Колбасников [и др.] // Верхневолжский медицинский журнал. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 3–8.

Osnovnye itogi raboty terapevticheskoy sluzhby i obshchih vrachebnyh praktik v Tverskoj oblasti v 2015 godu i prioritetnye zadachi na 2016 god / S.V. Kolbasnikov [i dr.] // Verhnevolzhskij medicinskij zhurnal. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 3–8.

11. Трудности диагностики ревматической полимиалгии у больной с хроническим гастроэнтероэнтеритом / Л.Б. Лазебник [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – № 106 (6). – С. 85–89.

Trudnosti diagnostiki revmaticheskoy polimialgii u bol'noj s hronicheskim gastroduodenitom / L.B. Lazebnik [i dr.] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. – 2014. – № 106 (6). – С. 85–89.

12. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology collaborative initiative / V. Dasgupta [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2012. – Vol. 71, № 4. – P. 484–492. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200329.

13. Башкова, И.Б. Ревматическая полимиалгия: редко диагностируемое, но нередко встречающееся заболевание / И.Б. Башкова, Е.И. Бусалаева // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2017. – Т. 1, № 1. – С. 48–52.

Bashkova, I.B. Revmaticheskaya polimialgiya: redko diagnostiruemye, no neredko vstrechayushcheesya zabolevaniye / I.B. Bashkova, E.I. Busalaeva // RMZh. Medicinskoe obozrenie. – 2017. – Т. 1, № 1. – С. 48–52.

14. Ревматическая полимиалгия: от знаний к практике / А.Н. Кучмин [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 4. – С. 50–55.

Revmaticheskaya polimialgiya: ot znanij k praktike / A.N. Kuchmin [i dr.] // Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii. – 2017. – № 4. – С. 50–55.

15. Редкое сочетание ревматической полимиалгии с АА-амилоидозом / С.Г. Раденска-Лоповок [и др.] // Архив патологии. – 2017. – Т. 79, № 2. – С. 53–57.

Redkoe sochetaniye revmaticheskoy polimialgii s АА-amiloidozom / S.G. Radenska-Lopovok [i dr.] // Arhiv patologii. – 2017. – Т. 79, № 2. – С. 53–57.

16. Spiera, R. Provisional diagnostic criteria for polymyalgia rheumatica: moving beyond clinical intuition? / R. Spiera, R. Westhovens // Ann. Rheum. Dis. – 2012. – Vol. 71, № 4. – P. 475–476. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-201111.

17. Муравьев, Ю.В. Диагностические и классификационные критерии в ревматологии: когда их применять и чем они различаются? / Ю.В. Муравьев // Научно-практическая ревматология. – 2017. – Т. 55, № 1. – С. 8–11.

Murav'ev, Yu.V. Diagnosticheskie i klassifikacionnye kriterii v revmatologii: kogda ih primenyat' i chem oni razlichayutsya? / Yu.V. Murav'ev // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. – 2017. – Т. 55, № 1. – С. 8–11.

18. Беляева, Г.С. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г.С. Беляева, М.П. Антонов, Н.А. Белякова. – Тверь, 1991. – 68 с.

Belyaeva, G.S. Klinicheskaya ocenka rezul'tatov laboratornyh issledovaniy / G.S. Belyaeva, M.P. Antonov, N.A. Belyakova. – Tver', 1991. – 68 s.

19. Яковлев, Н.А. Шейный остеохондроз: основные неврологические проявления / Н.А. Яковлев. – М.: [Б.и.], 1997. – 416 с.

Yakovlev, N.A. Shejnyj osteohondroz: osnovnye nevrologicheskie proyavleniya / N.A. Yakovlev. – M.: [B.i.], 1997. – 416 s.

20. Шостак, Н.А. Комплексный региональный болевой синдром – клиника, диагностика, лечение / Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, А.А. Клименко // Клиницист. – 2013. – № 1. – С. 41–48.

Shostak, N.A. Kompleksnyj regional'nyj bolevoj sindrom – klinika, diagnostika, lechenie / N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk, A.A. Klivenko // Klinicist. – 2013. – № 1. – С. 41–48.

21. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome / D.J. McCarty [et al.] // JAMA. – 1985. – Vol. 254, № 19. – P. 2763–2767. doi: 10.1001/jama.1985.03360190069027.

22. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema (RS3PE) syndrome: a prospective follow up and magnetic resonance imaging study / F. Cantini [et al.] // Ann Rheum Dis. – 1999. – Vol. 58, № 4. – P. 230–236.

23. Keenan, R.T. RS3PE presenting in a unilateral pattern: case report and review of the literature / R.T. Keenan, G.M. Hamalian, M.H. Pillinger // Semin. Arthritis Rheum. 2009. – Vol. 38, № 6. – P. 428–433. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.03.008.

24. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology collaborative initiative / C. Dejaco [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2015. – Vol. 74, № 10. – P. 1799–1807. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207492.

25. Обзор рекомендаций по лечению ревматической полимиалгии (EULAR/ACR 2015) / Н.Т. Вагутин [и др.] // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 1 (27). – С. 3–5.

Obzor rekomendacij po lecheniyu revmaticheskoy polimialgii (EULAR/ACR 2015) / N.T. Vatutin [i dr.] // Arhiv' vnutrennej mediciny. – 2016. – № 1 (27). – С. 3–5.

26. Глюкокортикоиды в терапии системной красной волчанки / Т.М. Решетняк [и др.] // Клиницист. – 2013. – № 3–4. – С. 14–26.

Glyukokortikoidy v terapii sistemnoj krasnoj volchanki / T.M. Reshetnyak [i dr.] // Klinicist. – 2013. – № 3–4. – С. 14–26.

27. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation / J. Steffel [et al.] // Eur Heart J. – 2018. – Vol. 39, № 16. – P. 1330–1393. doi: 10.1093/eurheartj/ehy136.

28. Бельдиев, С.Н. Практические аспекты применения апискабана в клинической практике: продолжение темы / С.Н. Бельдиев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. – Т. 11, № 5. – С. 543–547.

Bel'diev, S.N. Prakticheskie aspekty primeneniya apiksabana v klinicheskoy praktike: prodolzhenie temy / S.N. Bel'diev // Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2015. – Т. 11, № 5. – С. 543–547.

29. *Бельдиев, С.Н.* Дилтиазем при фибрилляции предсердий: эффективность, безопасность, лекарствосберегающие свойства / С.Н. Бельдиев // Consilium Medicum. – 2015. – Т. 17, № 10. – С. 45–49.

Bel'diev, S.N. Diltiazem pri fibrillyacii predserdij: effektivnost', bezopasnost', lekarstvosberegayushchie svoystva / S.N. Bel'diev // Consilium Medicum. – 2015. – Т. 17, № 10. – С. 45–49.

30. *Бельдиев, С.Н.* Лекарственные взаимодействия новых пероральных антикоагулянтов: внутри и вне ячеек таблицы / С.Н. Бельдиев, И.В. Медведева, Д.Ю. Платонов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т. 13, № 5. – С. 716–724.

Bel'diev, S.N. Lekarstvennyye vzaimodejstviya novyh peroral'nyh antikoagulyantov: vnutri i vne yacheek tablicy / S.N. Bel'diev, I.V. Medvedeva, D.Yu. Platonov // Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii. – 2017. – Т. 13, № 5. – С. 716–724.

Бельдиев Сергей Николаевич (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней, интернатуры и ординатуры факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России; 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4. Тел. +7-904-016-10-23; e-mail: sbeldiev@yandex.ru.