

Н.А. Былова*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, лучевой диагностики и общей физиотерапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (г. Москва)

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ТЕРАПИИ

**ОТВЕТЫ на задачу 11, опубликованную в Томе 6,
номере 3(29)-2016 г. (стр. 77-78)**

1. *Предположительный диагноз:*
ревматическая полимиалгия (РП)
2. *Изменения, выявленные при общем осмотре:*
височный артериит
3. *Изменения, выявленные на ЭКГ:*
полная блокада ЛНПГ
4. *Обоснование диагноза:*
Критерии, предложенные Европейской группой по изучению ревматической полимиалгии:
 - a. двусторонняя боль и/или скованность в плечевых суставах;
 - b. пик заболевания менее чем через 2 недели;
 - c. СОЭ в начале болезни не менее 40 мм/ч (по Вестергрёну);
 - d. длительность утренней скованности более 1 ч;
 - e. возраст начала болезни 65 лет и более;
 - f. депрессия и/или снижение массы тела;
 - g. двусторонняя болезненность верхних конечностей.
 Диагноз РП считается достоверным при наличии, по крайней мере, 3 любых из перечисленных выше признаков.
5. *Что такое SECRET:*
критерии ревматической полимиалгии, представленные 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.
6. *Расчет ИМТ:*
ИМТ = 16,6 кг/м²

7. *Каковы современные рекомендации по лечению данной группы пациентов?*

На старте терапии больных РП рекомендуется использовать глюкокортикостероиды (ГКС) вместо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Продолжительность лечения пациентов с РП эффективной дозой ГКС должна быть максимально короткой. Минимально эффективными дозами ГКС следует считать 12,5-25 мг преднизолона. В качестве стартовых не рекомендуются дозы ГКС $\leq 7,5$ мг/сут и > 30 мг/сут. Рекомендуется рассматривать внутримышечный путь введения метилпреднизолона, как альтернативу пероральным ГКС. Возможно рассмотрение раннего назначения метотрексата (МТ) в дополнение к терапии ГКС, особенно у больных с высоким риском рецидива, а также у лиц с сопутствующей патологией. Не рекомендуется использование блокаторов фактора некроза опухоли в терапии РП, т.к. до сих пор нет достаточной доказательной базы, подтверждающей пользу включения их в схему терапии. К тому же, в случае назначения этой группы препаратов, увеличивается риск негативного эффекта. Рекомендуется внедрять индивидуальную программу физических упражнений для пациентов с РП, направленную на поддержание массы и функции мышц, а также снижение риска падений. Применение растительных препаратов в терапии РП не рекомендуется.

Список литературы:

1. Ватулин Н.Т., Смирнова А.С., Тарадин Г.Г., Эль-Хатиб М.А. Обзор рекомендаций по лечению ревматической полимиалгии (EULAR/ACR 2015). Архив внутренней медицины. 2016; 1(27): 3-5.
2. Щендрин И. С., Троицкая М. П., Овчаренко С. И. Ревматическая полимиалгия и гигантоклеточный артериит. Лечащий врач. 2001; 7: 29-33.
3. ecg.bidmc.harvard.edu (Дата запроса 30 мая 2016).

*Контакты. E-mail: mededitor@medarhive.ru. Телефон: +7 (495) 777-41-17