

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВТОРИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

М. А. Громова*,
С. Е. Мясоедова, доктор медицинских наук,
О. А. Рубцова,
Н. В. Корягина, кандидат медицинских наук,
А. В. Худяков, доктор медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Наблюдение демонстрирует раннее развитие фибромиалгии при ревматоидном артрите. Среди предикторов развития наибольшее значение имели длительно некупированный болевой синдром, что предрасполагало к центральной сенситизации боли, а также наличие депрессии. Обращало на себя внимание несоответствие между умеренной активностью артрита и высокой интенсивностью боли по оценке пациентки. Артрит был серонегативным по ревматоидному фактору и аЦЦП, что, по-видимому, затрудняло постановку диагноза и в определенной степени способствовало хронизации боли с развитием фибромиалгии.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, тревожно-депрессивные расстройства, ревматоидный артрит, фибромиалгия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): adm@isma.ivanovo.ru.

Фибромиалгия (ФМ) – это симптомокомплекс, проявляющийся хронической распространенной мышечной болью и наличием болезненных точек, располагающихся в определенных анатомических зонах. Для синдрома ФМ характерны расстройства сна, утомляемость, болевые и психовегетативные проявления [2]. Выделяют первичную и вторичную ФМ – при наличии четких указаний на этиологическую связь ФМ и первичного заболевания [3]. Первичная ФМ с учетом критериев Американской коллегии ревматологов 1990 г. встречается в популяции с частотой 0,5–4,0% [4]. При ревматоидном артрите (РА) частота ФМ возрастает до 14–15% [2, 5]. В последние годы появились исследования, посвященные ФМ при раннем РА [5], в которых частота ФМ в первые 12 месяцев от начала заболевания составляла 6,74 случая на 100 человеко-лет, а в последующие 12–24 мес. снижалась до 3,58 на

100 человеко-лет. В отечественной литературе за последние 10 лет нам не удалось найти исследований по ФМ при РА.

Представляем наблюдение больной ранним РА и вторичной ФМ.

Больная Г., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иванова с жалобами на боли и припухлость суставов, слабость в кистях рук, «утреннюю скованность» в течение 2–3 часов. Отмечала также сердцебиение, чувство постоянной тревоги, нарушения сна, общую слабость. Больна в течение 5 месяцев, диагноз установлен ревматологом, к которому была направлена после безуспешного лечения по поводу «остеохондроза» у различных специалистов.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, выражена эмоцио-

M. A. Gromova, S. E. Myassoedova, O. A. Rubtsova, N. V. Koryagina, A. V. Khudyakov

FIBROMYALGIA IN A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CLINICAL CASE

ABSTRACT The observation demonstrated early fibromyalgia development in rheumatoid arthritis. The prolonged non stopped painful syndrome was of the most significance among the developmental predictors; this fact predisposed to pain central sensitization and to the depression presence. The discrepancy between the arthritis moderate activity and pain high intensity was marked by the patient. The arthritis was antibody-negative upon rheumatoid factor and cyclic citrullinated peptide antibody.

Key words: fibromyalgia, rheumatoid arthritis, painful syndrome.

нальная лабильность, повышенная плаксивость. Любое прикосновение приносит болезненность практически во всех участках тела. Индекс массы тела 33,8 кг/м². Дермографизм бледно-розовый, выраженная вегетативная лабильность – гипергидроз в естественных складках кожи. Щитовидная железа не увеличена. Границы сердца в пределах нормы. АД 134/89 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное, число дыханий 18 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Пастозность голени.

При осмотре костно-мышечной системы выявлено: гипотрофия межкостных мышц кистей, положительный тест поперечного сжатия, сила кистей снижена до 3 баллов по пятибалльной шкале, болезненность I, II, III, V пястно-фаланговых суставов (ПФС), I проксимально-межфалангового сустава (ПМФС) левой кисти, III ПМФС правой кисти; припухание и болезненность лучезапястных суставов, болезненность правого плечевого сустава, правого височно-нижнечелюстного сустава; припухание, болезненность и ограничение движений левого коленного сустава за счет сгибательно-разгибательной контрактуры. Число припухших суставов (ЧПС) – 4, число болезненных суставов (ЧБС) – 10, индекс DAS28 = 5,47. Выявлена болезненность при пальпации 16 из 18 болевых точек, характерных для ФМ по критериям АКР [2, 4]. Боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – 62 мм, общее состояние здоровья (ОСЗ), оцененное больным по ВАШ – 70 мм. По данным опросника МакГилла интенсивность боли по визуальной ранговой шкале (ВРШ) – сильная, индекс числа выбранных дискриптов – 4, ранговый индекс боли 7. По данным шкалы Ван Корффа интенсивность боли равна 70 баллам из 100, степень дезадаптации – 100 баллам из 100, количество дней нетрудоспособности – 120, что соответствует 4 классу хронической боли. Функциональный статус больной по опроснику Health Assessment Questionnaire (HAQ) составил 2,5 балла (из 3 максимальных). По данным опросника SF-36 значительно снижен физический компонент здоровья – до 13,62 баллов и умеренно снижен психический компонент – до 59,64 баллов. По шкале HADS тревога составила 8 баллов (субклинически выраженная тревога), депрессия – 11 баллов (клинически выраженная депрессия). Тест Бека соответствовал 10 баллам (мягкая депрессия). Консультирована психотерапевтом, назначен amitриптилин в дозе 15 мг/сут в течение 1 мес.

В анализе крови лейкоцитоз ($10,4 \times 10^9/\text{л}$), умеренное повышение скорости оседания эритро-

цитов (22 мм/ч), уровня С-реактивного белка (44,5 мг/л), тесты на ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (аЦЦП) отрицательны.

На ЭКГ синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений 100 в мин. Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: признаки ревматоидного артрита I стадии.

По остеоденситометрии выявлена остеопения в области позвоночника. Риск переломов высокий.

Установлен диагноз: «Ревматоидный артрит серонегативный, А 2 (индекс DAS28 = 5,47) ранняя стадия, неэрозивный, рентгенологическая стадия I. Сгибательно-разгибательная контрактура левого коленного сустава, ФК III. Остеопения смешанного генеза (на фоне РА, постменопаузальная). Риск переломов высокий. Вторичная фибромиалгия». Диагноз РА соответствовал классификационным критериям достоверного РА Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги 2010 г. Диагноз ФМ удовлетворял критериям Американской коллегии ревматологов 1990 г.

Начато лечение: метотрексат в дозе 10 мг, затем 12,5 мг в неделю, фолиевая кислота – 10 мг в неделю, преднизолон 10 мг/сут в течение 2 недель с последующими снижением дозы и отменой, нимесулид – 200 мг/сут, amitриптилин – 15 мг/сут, физиолечение. Кроме того, дополнительно к стандартной терапии проводились занятия, включающие специальный комплекс физических упражнений системной мышечной релаксации, модифицированный для лечения хронической боли у больных РА.

Через 2 недели на фоне проводимого лечения уменьшилось ЧПС до 3 и ЧБС до 6, индекс DAS28 – 4,99. Анализ боли в динамике по указанным выше опросникам выявил небольшое снижение ее интенсивности, уменьшение степени социальной дезадаптации. При осмотре спокойна, на прикосновение и пальпацию реагирует адекватно, число болезненных точек, характерных для ФМ, уменьшилось до 11. Увеличилась функциональная активность по HAQ (2,25 баллов), повысились физический (до 17,74) и, особенно, психический (до 79,65) компоненты SF-36. Значительно улучшилось психоэмоциональное состояние по HADS: тревога – 6 баллов (норма), депрессия – 8 баллов (субклинически выраженная депрессия), тест Бека – 4 балла (норма).

Данное наблюдение демонстрирует развернутый симптомокомплекс ФМ у больной ранним РА, проявляющийся распространенной мышечно-скелетной болью, гипералгезией и нейропси-

хологическими симптомами – нарушениями сна, тревогой и депрессией, общей слабостью. Такое сочетание симптомов характерно для ФМ, при которой боль имеет центральное происхождение и отличается от типичной для РА периферической (ноцицептивной) боли [4, 5]. Как и ранее проведенное Канадское исследование [5], наше наблюдение демонстрирует раннее развитие ФМ при РА, уже в первые 5 месяцев от начала заболевания. Среди предикторов развития ФМ при раннем РА у нашей пациентки наибольшее значение имели длительно некупированный болевой синдром, что предрасполагало к центральной сенситизации боли, а также наличие депрессии. Обращало на себя внимание несоот-

ветствие между умеренной активностью РА и высокой интенсивностью боли по оценке пациентки, что уже было отмечено ранее в исследованиях по изучению особенностей хронического болевого синдрома при РА [1]. РА был серонегативным по ревматоидному фактору и аЦЦП, что, по видимому, затрудняло постановку диагноза РА и в определенной степени способствовало хронизации боли с развитием ФМ.

Таким образом, вторичную ФМ при раннем РА следует рассматривать как один из вариантов дебюта заболевания у пациентов с признаками депрессии, развившейся на фоне основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громова, М. А. Хронический болевой синдром и тревожно-депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом / М. А. Громова, С. Е. Мясоедова, Е. Е. Мясоедова // Архив внутренней медицины. – 2014. – № 3(17). – С. 36–38.
2. Иголкина, Е. В. Фибромиалгия / Е. В. Иголкина // Ревматология : национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 608–613.
3. Ревматология : клинические рекомендации / под ред. акад. РАМН Е. Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
4. Claw, D. J. Fibromyalgia / D. J. Claw // Rheumatology / ed. by M. C. Hochberd [et al.]. – 4th ed. – 2008. – P. 701–711.
5. Incidence and predictors of secondary fibromyalgia in an early arthritis cohort [Electronic resource] / Y. C. Lee [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – DOI:10.1136/annrheumdis-2012.