



Случаи из практики

Оригинальное исследование

УДК 616.74-002

<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-2-15>

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИОПАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Валерия Николаевна Исакова^{1,2✉}, Наталья Владимировна Воронина², Ольга Григорьевна Гарбузова³,
Татьяна Юрьевна Кочерова⁴, Елена Викторовна Климова⁵, Елена Вячеславовна Бандурко⁶

¹⁻³Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

^{1✉}<http://orcid.org/0000-0002-1271-2246>

²<http://orcid.org/0000-0002-3284-8108>

³<https://orcid.org/0000-0002-4780-903X>

^{1,3,4,5,6}Медицинский центр ООО «Прима Медика», Хабаровск, Россия

⁴<http://orcid.org/0000-0002-0625-7507>

⁵<http://orcid.org/0000-0002-4462-5390>

⁶<http://orcid.org/0000-0003-1339-4697>

Аннотация. Представлено собственное наблюдение пациента пожилого возраста с остро возникшим миопатическим синдромом после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, средне-тяжелого течения. Дифференциальная диагностика миопатического синдрома у пожилого пациента представляла сложности. Исключали обострение болезни Крона с миопатическим синдромом, по поводу которой больной длительно получал сульфасалазин, дебют ревматоидного артрита и ревматической полимиалгии. На основании клинической симптоматики и результатов параклинического обследования, диагноз был верифицирован в пользу ревматической полимиалгии. Убедительных данных в пользу обострения болезни Крона не получено. В качестве противовоспалительной терапии был назначен преднизолон в дозе 10 мг/сутки в течение 1 месяца с полным регрессом миопатического синдрома.

Ключевые слова: миопатический синдром, коронавирусная инфекция COVID-19, коморбидный пациент, ревматическая полимиалгия, диагностика и лечение

Для цитирования: Сложности дифференциальной диагностики и лечения миопатического синдрома у коморбидного пациента пожилого возраста в постковидном периоде (клинический случай) / В.Н. Исакова и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 2. – С. 85-89. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-2-15>.

DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MYOPATHIC SYNDROME IN AN ELDERLY COMORBID PATIENT IN THE POST-COVID PERIOD (CLINICAL CASE)

Valeria N. Isakova^{1,2✉}, Natalia V. Voronina², Olga G. Garbuzova³, Tatiana Yu. Kocherova⁴, Elena V. Klinkova⁵,
Elena V. Bandurko⁶

¹⁻³Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

^{1✉}<http://orcid.org/0000-0002-1271-2246>

²<http://orcid.org/0000-0002-3284-8108>



³<https://orcid.org/0000-0002-4780-903X>

^{1,3,4,5,6}Medical Center of Prima Medica, Khabarovsk, Russia

⁴<http://orcid.org/0000-0002-0625-7507>

⁵<http://orcid.org/0000-0002-4462-5390>

⁶<http://orcid.org/0000-0003-1339-4697>

Abstract. The authors present their own observation of an elderly patient with acute myopathic syndrome after having suffered a new coronavirus infection COVID-19, with a moderate-severe course. Differential diagnosis of myopathic syndrome in an elderly patient presented difficulties. An exacerbation of Crohn's disease with myopathic syndrome was excluded, for which the patient received sulfasalazine for a long time, the onset of rheumatoid arthritis and rheumatic polymyalgia. Based on the clinical symptoms and the results of the paraclinical examination, the diagnosis was verified in favor of rheumatic polymyalgia. Convincing data in favor of exacerbation of Crohn's disease have not been obtained. Prednisone was prescribed as anti-inflammatory therapy in a dose of 10 mg / day for 1 month with complete regression of myopathic syndrome.

Keywords: myopathic syndrome, COVID-19 coronavirus infection, comorbid patient, rheumatic polymyalgia, diagnosis and treatment

For citation: Difficulties of differential diagnosis and treatment of myopathic syndrome in an elderly comorbid patient in the post-covid period (clinical case) / V.N. Isakova, et al. // Far Eastern medical journal. – 2023. – № 2. – С. 85-89. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-2-15>.

Пандемия COVID-19 выявила новые клинические и фундаментальные проблемы иммунопатологии заболеваний человека, в частности, роль «аутоиммунных» механизмов, характерных для иммуновоспалительных заболеваний (ИБЗ), в развитии и прогрессировании COVID-19 [1, 2].

В течении коронавирусной инфекции COVID-19 выделяют «постковидный синдром» (ПКС) – «признаки и симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжают >12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом» [3, 4]. К наиболее распространенным группам симптомов «постковидного синдрома» относятся скелетно-мышечные нарушения. Артралгии, артрит и миалгии – наиболее частые симптомы многих вирусных инфекций, которые вызваны иммунокомплексным воспалением, системными нарушениями микроциркуляции, тканевой гипоксией. Скелетно-мышечные нарушения возникают у 50-90 % больных в остром периоде COVID-19. Миалгии или артралгии чаще стихают самостоятельно и не требуют лечения. В пожилом и старческом возрасте миопатический синдром может быть проявлением ревматической полимиалгии, основным патогенетическим лечением которой является терапия глюкокортикоидами, но их назначение при коронавирусной инфекции COVID-19 может увеличивает риск нежелательных реакций [4-6].

Стойкий артрит (олиго- или полиартрит), как и миопатический синдром, может быть дебютом иммуновоспалительных заболеваний (ИБЗ) [3]. Клиника инфекции в дебюте может быть стертой (отсутствие лихорадки, кашля), что обусловлено приемом базисных противовоспалительных препаратов и НПВС по поводу ИБЗ. Коронавирусная инфекция COVID-19 может стать триггером рецидива уже имевшегося ИБЗ

или спровоцировать его de novo. К многочисленным факторам риска развития и неблагоприятного течения коронавирусной инфекции COVID-19 относят: пожилой и старческий возраст, коморбидность, наличие уже имеющегося ИБЗ, прием базисных противовоспалительных препаратов [7].

У лечащего врача возникают вопросы в отношении продолжения базисной иммуносупрессивной терапии больным, которые уже имеют хроническую иммуновоспалительную патологию, при возникновении коронавирусной инфекции COVID-19, и тактики безопасной патогенетической терапии с минимальным риском усугубления тяжести проявлений вирусной инфекции [7-9].

Клинический случай

Пациент К., 83 лет, обратился 22.02.2021 г. к ревматологу медицинского учреждения г. Хабаровска (медицинский центр ООО «Прима Медика») через месяц после диагностирования новой коронавирусной инфекции COVID-19 с жалобами на: ощущение ломоты в теле; боли и слабость в мышцах, суставах; ограничение движений в крупных суставах и поясничной области; боли, отечность, ограничение объема движений в правом коленном суставе; повышение температуры тела до субфебрильных цифр (максимально до 37,7°) ежедневно после обеда; общую выраженную слабость, снижение аппетита.

Давность заболевания с 18.01.2021 г. Во время прогулки остро почувствовал слабость в ногах (ощущение «ватных ног»). Обнаружил повышение температуры тела до 38°. Наличие респираторных симптомов в это время не отмечал. Контакт с инфекционными больными в предшествующий период не было.

В течение двух дней присоединились симптомы со стороны опорно-двигательного аппарата (боли в мышцах и всех суставах) и «конституциональные» – общая



слабость, снижение аппетита; сохранялось повышение температуры тела. Участковым врачом 21.01.2021 г. была аускультативно диагностирована пневмония. Мазок из рото- и носоглотки на RNK SARS-CoV-2 (+). Были назначены фавипиравир, ривароксабан, антибиотик и парацетамол. В клинической картине не отмечали наличия одышки и потери обоняния. В связи с сохраняющейся лихорадкой больной был госпитализирован в инфекционное отделение городской больницы, в котором находился с 05.02.2021 по 15.02.2021 г., по поводу новой коронавирусной инфекции COVID-19, средне-тяжелого течения. КТ легких при поступлении патологии не выявила. Получал симптоматическую терапию. Результаты повторных исследований: мазок из рото- и носоглотки на RNK SARS-CoV-2 (отрицательные).

Сопутствующее заболевание: Болезнь Крона – диагностирована в 2005 г. В качестве базисной терапии, по назначению гастроэнтеролога, больной регулярно с 2005 г. по настоящее время регулярно получал 1,5 г сульфасалазина и 20 мг омепразола в день. Обострений заболевания с 2005 г. не отмечал. В период развития коронавирусной инфекции, по согласованию с гастроэнтерологом, продолжал получать сульфасалазин в прежней дозе.

Генерализованный остеоартрит с поражением суставов кистей, коленных, стоп. Hallus valgus 1 пальца обеих стоп. Остеохондроз позвоночника 3 рентгенологическая стадия.

ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. ХСН 1 ст., ФК 1. Атеросклероз аорты. Состояние после холецистэктомии (2012 г.). Хронический гастрит. ГЭРБ. Анемия легкой степени. Оперативное лечение по поводу аденомы предстательной железы в 2012 г.

Результаты анализов во время пребывания в инфекционном стационаре – общий анализ крови: динамика СОЭ (по Вестергрену) 91, 85 мм/час; средний объем эритроцитов: 102, 59, 58, 38 мм/час; гемоглобин: 121, 118, 110, 112, 115 г/л; лейкоциты 9,5; 7,5; 8,8 × 10⁹/л. Общий анализ мочи без патологических изменений. АЛТ, АСТ – в пределах нормальных значений. ЛДГ 364 Ед/л. СРБ: 112; 110,8; 87,3; 35 мг/л. При исследовании электролитов крови, креатинина, общего белка, альбуминов – изменений не выявлено; бакпосев крови и мочи – отрицательный; кровь на ВИЧ, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, вирусные гепатиты В и С – отрицательные. УЗИ сердца, щитовидной железы, органов брюшной полости, почек, предстательной железы – не выявили локальный воспалительный или онкологический очаг. Исследование кала на скрытую кровь – отрицательный, копрология – без особенностей.

Результаты и обсуждение

Назначено обследование для уточнения диагноза, степени поражения опорно-двигательного аппарата и определения тактики ведения. Результаты обследования: общий анализ крови 25.02.2021 г. – гематокрит 34,7 %; гемоглобин 11,5 г/дл; эритроциты 3,52 млн/мкл;

После выписки из инфекционного стационара при амбулаторном обследовании ревматологом 22.02.2021 г. было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование, позволившее установить диагноз в постковидном периоде.

Объективно: состояние удовлетворительное. Вес 85 кг. Рост – 174 см, температура тела 36 °С. Оценка боли в мышцах и суставах по ВАШ – 6 баллов. Кожные покровы: в области нижней части спины остаточные единичные элементы мелкоочечной розовой зудящей сыпи после использования меновазина. Периферические лимфоузлы: пальпируются подмышечные, больше слева, безболезненные, смещаемые, мягко – эластичной консистенции, до 1,0 см в диаметре. Щитовидная железа: не увеличена. Легкая пастозность нижней трети голеней. Миндалины и небные дужки гиперемированы. Язык обложен у корня белым налетом. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: ритм правильный за 1 мин., ЧСС – 84 в мин. АД – 126/60 мм. рт. ст. Живот: мягкий, слегка болезненный при пальпации в эпигастрии; печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформлен. Симптом поколачивания области косто-verteбральных углов отрицательный с обеих сторон. Мочепускание свободное, не учащенное.

Костно-суставной аппарат: усилен грудной кифоз, правое плечо ниже левого. Пальпация остистых отростков, паравертебральных точек безболезненная в шейном, грудном, пояснично-крестцовом отделах на момент осмотра. Подвижность позвоночника – ограничено сгибание из-за появления болей в поясничном отделе и правом коленном суставе. Ограничен объем движений в плечевых суставах до 90°. Болезненность при пальпации по передней поверхности плечевых суставов с обеих сторон и в проекции прикрепления бицепс. Симптом поперечного «сжатия» кистей и стоп отрицательный. Снижение мышечной силы в кистях до 3 баллов. Деформация средних межфаланговых суставов обеих кистей, преимущественно 2-4 пальцев, с легкой сгибательной контрактурой. Болезненности при пальпации в проекции суставов кистей нет. Болезненность при пальпации в проекции тазобедренных суставов и верхней 1/3 бедер. Снижение мышечной силы в бедрах (с трудом поднимается со стула, из сидячего положения, с помощью рук). Крепитации при движении в коленных суставах. Легкая припухлость правого коленного сустава, преимущественно медиально, болезненность при пальпации в этой зоне. Боли при движении в коленных суставах, больше справа, ограничение сгибания в нем до 95°. Hallus valgus 1 пальца обеих стоп.

базофилы 1,4 %; СОЭ (по Вестергрену) 85 мм/ч; остальные параметры гемограммы в пределах нормы. Анализ крови на антитела к коронавирусу SARS-CoV-2 COVID-19, Ig M, G (-); ревматоидный фактор <20 МЕд/мл; АЦЦП <0,50 Ед/мл; СРБ 106,1 мг/л;



ионизированный Ca 1,16 ммоль/л; 25(OH)D 34 нг/мл; щелочная фосфатаза 109 Ед/л; ПТГ 5,04 пмоль/л; мочевая кислота 325 мкмоль/л; глюкоза 6,9 ммоль/л.

УЗИ: Плечевые суставы – дегенеративные изменения плечевых и ключично-акромиальных суставов, подострый бурсит справа. Тазобедренные суставы – коксартроз 1 ст., энтезопатии прямой и портняжной мышц обеих бедер. Коленные суставы – остеоартроз 1 ст., хондромалиция суставных поверхностей 1 ст. по ICRS, пателлофemorальный блок 1 ст. по Outerbridge, синовиты, кисты Бейкера (справа объемом 11,4 мл, слева – 2 мл), энтезопатии четырехглавых мышц.

Проводилась дифференциальная диагностика ревматической полимиалгии с вторичным миопатическим синдромом, обусловленным внесистемным проявлением обострения болезни Крона, ревматоидным артритом, онкопатологией и др. Однако, на момент осмотра клинических и лабораторных симптомов обострения болезни Крона выявлено не было. Типичных клинических проявлений ревматоидного артрита не отмечали. По результатам обследования исключена возможность вторичного онкоассоциированного синдрома, мультисистемного воспалительного синдрома после перенесенной COVID-19 инфекции, а также иного генеза вирусного или ревматического заболевания.

Особенности анамнеза, типичная симптоматика, данные параклинического обследования, соответствовали критериям ревматической полимиалгии, для подтверждения был проведен тест с преднизолоном 15 мг в течение 3 дней: результат – положительный (значительное уменьшение мышечных болей – по ВАШ до 2 баллов). Был установлен основной диагноз: Ревматическая полимиалгия, активность III ст., с поражением плечевых, тазобедренных суставов, ФНС II стадии; мышц – миопатия с миалгическим синдромом плечевых мышц и мышц бедер.

Высокая активность ревматической полимиалгии, высокий риск осложнений глюкокортикоидной терапии у пациента старческого возраста, прием базисной терапии (сульфасалазина по поводу болезни Крона),

требовал взвешенной подборки минимально эффективной дозы глюкокортикоидов. В качестве основной составляющей противовоспалительной терапии был назначен преднизолон в дозе 10 мг/сутки. Больной продолжал получать сульфасалазин 1,5 мг/сут. по назначению гастроэнтеролога. Для профилактики осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и остеопороза получал омепразол и витамин D. Переносимость лечения была хорошая, нежелательных реакций на проводимую лекарственную терапию не отмечено. В результате лечения симптомы ревматической полимиалгии полностью регрессировали в течение 1 месяца. Результаты контрольного анализа крови: СОЭ (по Вестергрену) 12 мм/ч; остальные параметры гемограммы в пределах нормы. СРБ 5,0 мг/л. Несмотря на рекомендации по длительному постепенному снижению дозы преднизолона вплоть до полной отмены (согласно протоколам), пациент самостоятельно прекратил прием препарата. Повторный осмотр ~ через 6 и 12 месяцев – активно жалоб не предъявляет, проявлений ревматической полимиалгии нет. Продолжает получать сульфасалазин по назначению гастроэнтеролога. По имеющейся сочетанной патологии компенсирован.

У пациента пожилого возраста через две недели после перенесенной новой коронавирусной инфекции, появился выраженный миопатический синдром (интенсивная боль и слабость в мышцах) с преимущественным поражением мышц шеи, плечевого, тазового пояса и бедер, ограничивающий функциональную активность в передвижении. Особенности анамнеза, симптоматики, данных параклинического обследования соответствовали критериям ревматической полимиалгии [8, 9].

Полагаем, что приведенный клинический пример демонстрирует трудности дифференциальной диагностики миопатического синдрома в постковидном периоде у коморбидного пациента в общей клинической практике, возможности развития ревматической полимиалгии и необходимости наблюдения больных специалистом-ревматологом.

Список источников

1. Бекетова М.Ф., Бабак В.В., Супрун М.Д. и др., К вопросу поздних осложнений COVID-19 у пациентов с ревматическими заболеваниями. Научно-практическая ревматология. – 2022. – № 60 (2). – С. 162-164.
2. Белов Б.С., Каратеев А.Е. COVID-19: новый вызов ревматологам // Современная ревматология. – 2020. – № 14 (2). – С. 110-116.
3. Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н., Насонов Е.Л., Лиля А.М., Алексеева Л.И. и др. «Постковидный синдром»: в центре внимания скелетно-мышечная боль // Научно-практическая ревматология. – 2021. – № 59 (3). – С. 255-262.
4. Купкенова Л.М., Шамсутдинова Н.Г., Одинцова А.Х. и др. Постковидный синдром у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2022. – № 6 (5). – С. 227-231.
5. Насонов Е.Л. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) и аутоиммунитет. Научно-практическая ревматология. – 2021. – № 59 (1). – С. 5-30.
6. Насонов Е.Л., Лиля А.М., Мазуров В.И. и др., по поручению президиума Общероссийской общественной организации АРР. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) и иммуновоспалительные ревматические заболевания. Рекомендации Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» // Научно-практическая ревматология. – 2021. – № 59 (3). – С. 239-254.



7. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Методические рекомендации. Версия 16 (18.08.2022). – С. 93-94.
8. Сатыбалдыев А.М. Эволюция диагностики ревматической полимиалгии // Научно-практическая ревматология. – 2019. – № 57 (6). – С. 693-698.
9. Сатыбалдыев А.М., Демидова Н.В., Савушкина Н.М. и др. Ревматическая полимиалгия // Научно-практическая ревматология. – 2018. – № 56 (2). – С. 215-227.

References

1. Beketova M.F., Babak V.V., Suprun M.D. et al., On the issue of late complications of COVID-19 in patients with rheumatic diseases // Scientific and Practical Rheumatology. – 2022. – № 60 (2). – P. 162-164.
2. Belov B.S., Karateev A.E. COVID-19: a new challenge for rheumatologists // Modern Rheumatology. – 2020. – № 14 (2). – P. 110-116.
3. Karateev A.E., Amirdzhanova V.N., Nasonov E.L., Lila A.M., Alekseeva L.I., et al. «Postcovid syndrome»: the focus is on musculoskeletal pain // Scientific and Practical Rheumatology. – 2021. – № 59 (3). – P. 255-262.
4. Kupkenova L.M., Shamsutdinova N.G., Odintsova A.Kh., et al. Postcovid syndrome in patients with inflammatory bowel diseases // RMJ. Medical Review. – 2022. – № 6 (5). – P. 227-231.
5. Nasonov E.L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and autoimmunity // Scientific and Practical Rheumatology. – 2021. – № 59 (1). – P. 5-30.
6. Nasonov E.L., Lila A.M., Mazurov V.I., et al. on behalf of the Presidium of the All-Russian Public Organization ARR. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and immuno-inflammatory rheumatic diseases. Recommendations of the All-Russian public organization «Association of Rheumatologists of Russia» // Scientific and Practical Rheumatology. – 2021. – № 59 (3). – P. 239-254.
7. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Methodological recommendations. Version 16 (08.18.2022). – P. 93-94.
8. Satybaldyev A.M. Evolution of diagnostics of rheumatic polymyalgia / Scientific and Practical Rheumatology. – 2019. – № 57 (6). – P. 693-698.
9. Satybaldyev A.M., Demidova N.V., Savushkina N.M., et al. Rheumatic polymyalgia // Scientific and Practical Rheumatology. – 2018. – № 56 (2) – P. 215-227.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 10.03.2023.

The article was accepted for publication 10.03.2023.

