

# ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ ТЕМПОРАЛЬНЫЙ АРТЕРИИТ (БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА):

## ПРИЧИНЫ, ПРИЗНАКИ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

(вариант течения на примере клинического случая)

*Кардаш О.Н., Сивашко А.С. Дудич О.Н.*

*УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

*Диагностика заболеваний и осложнений со стороны органа зрения  
при общесоматической патологии*

**Актуальность.** Височный, темпоральный, гигантоклеточный артериит (ГКА) болезнь Хортона - это воспалительное заболевание сосудов аутоиммунной природы, протекающее с поражением аорты и главных ее ветвей (преимущественно ветвей сонной артерии, расположенных вне черепа, височной артерии). По данным литературы, орган зрения при болезни Хортона поражается в 25—50 %, в подавляющем большинстве случаев в виде передней ишемической оптиконеуропатии, гораздо реже в виде задней ишемической оптиконеуропатии и окклюзии центральной артерии сетчатки. Для установления диагноза ГКА рекомендуется использовать классификационные критерии Американской коллегией ревматологов: 1. возраст начала болезни старше 50 лет, 2. «новая» головная боль; 3. патология височной артерии — болезненность височной артерии при пальпации или уменьшение пульсации, не связанное с атеросклерозом сосудов шеи; 4. повышение СОЭ >50 мм/ч, определяемое по методу Вестергрена; 5. патология артериальной стенки, подтвержденная биопсией. Для установления диагноза ГКА необходимо наличие 3 из 5 критериев. Об эффективности лечения судят по совокупности клинических признаков активности в сочетании с данными анализа крови СОЭ и С-реактивного белка (СРБ).

**Цель исследования.** Провести анализ результатов диагностики и лечения гигантоклеточного артериита на примере клинического случая.

**Материал и методы.** Пациент Б. поступил в отделение микрохирургии в июне 2018г.с жалобами на отсутствие предметного зрения левого глаза (OS), периодически возникающее затуманивание зрения правого глаза (OD), общую слабость, лихорадку до 39,5°C с обильным потоотделением, боль в мышцах плечевого пояса, интенсивную головную боль в височной области, в нижней челюсти во время жевания. Считал себя больным с ноября 2017г., когда после проведения стентирования артерий нижних конечностей появились слабость, потеря массы тела, снижение аппетита. Ухудшение состояния отмечает в мае 2018г., когда появилась лихорадка неясного генеза. Для уточнения диагноза был госпитализирован в Минскую городскую клиническую инфекционную больни-

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

цу (МГКИБ). Во время лечения в МГКИБ у пациента произошла потеря зрения левого глаза, и он был переведен для дальнейшего обследования и лечения в отделение микрохирургии №1 10 ГКБ. В анамнезе: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, хроническая сердечная недостаточность, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей ишемический инсульт (март 2018г), синдром Лериша, туберкулез лёгких (20 лет назад). На момент поступления *visus* OD = 0,2-0,3 – с корр. cyl. - 2,5 ax 83 = 0,7; OS = 0, pr.l.incerta (преходящая слепота amaurosis fugax). БТМ = 10/14 мм.рт.ст. Данные осмотра глазного дна: OD- ДЗН бледно-розовый, размытость границ, сосуды узковаты, мягкие экссудаты, OS - ДЗН бледный, ишемический отёк, границы размыты, сосуды – артерии резко сужены, вены полнокровны. При обследовании — болезненность и уплотнение при пальпации правой височной артерии, болезненность при пальпации мышц плечевого пояса.

Пациенту были выполнены общеклинические и офтальмологические методы исследования, МРТ головного мозга. Для уточнения д-за, ревматологом было рекомендовано провести биопсию височной артерии. Пациент воздержался от выполнения указанного исследования.

**Результаты.** На основании характерных жалоб, возраста пациента, осмотра пациента, возникших поражений органа зрения, анализа результатов проведенных лабораторных исследований (повышения СОЭ (> 50 мм /ч), положительного анализа крови на СРБ, ревмофактора), был выставлен диагноз: Передняя ишемическая нейрооптикопатия OU. Вариант течения гигантоклеточно-го темпорального артериита. Болезнь Хортона.

Совместно с ревматологом было проведено лечение по следующей схеме: внутривенно инфузии глюкокортикоидов (ГКС): р-р метилпреднизалона в дозе 1,0г в сутки в течение 3-х дней, с 4-го дня ГКС *per oss* в дозе 24 мг в сутки + метотрексат 2,5мг (10мг в сутки 1 раз в неделю), кардиомагнил 75мг, ангиопротекторная терапия.

При выписке *visus* OD = 0,2-0,3 - с/корр cyl.-2,5 ax83 =0,7-0,8; OS = pr.l.incerta. БТМ=13/14. Результаты лабораторного исследования общего анализа и биохимического анализа крови представлены в таблице 1.

**Таблица 1 – Результаты анализов крови, проведённые в начале и конце лечения**

Показатели	СОЭ мм/ч	Лейкоциты 10 <sup>9</sup> г	Тромбоциты 10 <sup>9</sup> г	С реактивный белок mg/l	Ревмо Фактор IU/ml	Креатинин ммоль/л
Норма	1-10	4-9	150-380	0-5	3,5-5,1	72-127
При поступлении	70	18,0	575	277	6,6	87,0
При выписке	58	15,9	717	-	5,3	68,7

Как видно из представленных результатов, прослеживается положитель-

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

ная динамика изменений глазного дна, остроты зрения и снижение клинически значимых показателей СОЭ, ревмофактора, С- реактивного белка, креатинина, лейкоцитов.

Пациент выписан из стационара под наблюдение ревматолога и офтальмолога с рекомендациями продолжить приём ГКС, метотрексата, кардиомагния в указанных дозах.

Острота зрения через 2 года (январь 2020г.) *visus* OD = 0,5 - с/кор с<sub>yl.</sub>-2,5 ax85 =0,8-0,9; OS = pr. 1.incerta. БТМ=14/13. Пациент состоит на диспансерном учёте у ревматолога, периодически наблюдается у ревматолога и офтальмолога.

**Выводы.** 1. Ранняя диф.диагностика (до потери зрения) с постановкой диагноза и своевременно начатое лечение могут стабилизировать состояние пациента, предотвратить необратимую потерю зрения и минимизировать вероятность развития осложнений.

2. Основанием для окончательного диагноз ГКА являются результаты клинических исследований, лабораторных показателей и морфологических данных.

3. Глюкокортикостероиды являются базисной терапией гигантоклеточного артериита, а для уменьшения риска осложнений, связанных с их применением, может быть использована иммуносупрессивная терапия метотрексатом.