

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА (БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

¹Сенько М.М., ²Ермолкевич Р.Ф., ²Драгун Ю.В.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Гигантоклеточный артериит (ГКА) представляет собой гранулематозный васкулит средних и крупных сосудов. Частота гигантоклеточного артериита увеличивается с возрастом, чаще всего поражая людей в возрасте 50 лет и старше. Женщины составляют 65-75% пациентов. Гигантоклеточный артериит поражает в основном европеоидов и чаще встречается в скандинавских странах.

Существует теория о том, что инфекционные агенты способны вызывать дебют ГКА в результате нерегулируемой воспалительной реакции. В одном из исследований при изучении биопсии височной артерии у пациентов с диагнозом ГКА были обнаружены вирус простого герпеса, вирус Эпштейна–Барр, парвовирус В19, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, вирус ветряной оспы.

Цель. Изучить клинический случай гигантоклеточного артериита, особенности анамнеза, клинические проявления, лабораторную – инструментальную диагностику и эффективности своевременного лечения.

Материалы и методы. Клинико-анамнестический метод – изучение жалоб, анамнеза, особенности течения клинической картины. Изучение медицинской документации (истории болезни) с анализом результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. Начало ГКА, как правило, протекает незаметно, в течение недель или месяцев, и у 20% пациентов наступает внезапно с целым спектром начальных проявлений заболевания, обусловленных локальными эффектами сосудистого и системного воспаления, включая впервые возникшую головную боль, болезненность кожи головы, перемежающаяся «хромота» нижней челюсти, преходящая слепота, лихорадку, недомогание, потеря веса.

Критерии Американского колледжа ревматологии 1990 года для классификации ГКА требуют наличия 3 или более из следующих признаков: 1. возраст старше 50 лет; 2. новое начало или новый тип локализации головной боли; 3. болезненность височной артерии или снижение пульсации; 4. скорость оседания эритроцитов (СОЭ) > 50 мм / ч; 5. патологические изменения в биоптате височной артерии.

Чувствительность 93,5% и специфичность 91,2% критериев Американского колледжа ревматологии для отличия ГКА от других васкулитов.

Основные клинические проявления гигантоклеточного артериита объединяются в четыре группы симптомов:

1. краниальный артериит – головная боль, болезненность в области лица и волосистой части головы, болезненные при пальпации височные артерии, перемежающаяся «хромота» нижней челюсти, глазные симптомы, вестибуло-слуховые проявления; 2. экстракраниальный артериит – синдром дуги аорты, недостаточность аортального клапана, аневризма или расслоение аорты; 3. системное воспаление – лихорадка, недомогание, усталость, анорексия и потеря веса; 4. ревматическая полимиалгия – двусторонняя боль и скованность в мышцах плечевого пояса, шеи, таза.

Перемежающаяся «хромота» нижней челюсти определяется как боль и утомление в жевательных мышцах при длительном или интенсивном жевании, разговоре, которые проходят после отдыха.

Головную боль при ГКА можно описать как ноющую, чаще всего над височными артериями, но она может возникать в любом месте головы. Область над височной артерией может быть чувствительной к прикосновениям.

Временное двоение в глазах при параличе черепных нервов встречается в 6-27% случаев. Быстрый амавроз, при котором на несколько секунд наступает полная потеря зрения, является тревожным симптомом, и может произойти необратимая потеря зрения. В большинстве случаев эти изменения являются односторонними, но возможно развитие двустороннего поражения.

Клинический случай гигантоклеточного артериита. Объект исследования: Женщина 60 лет. Ухудшение состояния отмечает после посещения стоматолога 05.04.2024, при установке «моста» почувствовала локально сильную боль. На утро 06.04.2024 появилось сильное недомогание, головная боль, насморк и чувство наличие жидкости в ушах. 08.04.2024 повторно обратилась к стоматологу «мост» удалили. Головные боли пульсирующего характера преимущественно в левой височной области не проходили, температура тела повышалась с 13.04.2024, максимальные значения 38,6°C, принимала НПВС. Госпитализирована в стационар ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» г. Минска 17.04.2024 с жалобами на головные боли пульсирующего характера преимущественно в левой височной области, повышение температуры тела до 38,6°C, общую слабость, отсутствие аппетита. 18.04.2024 появились герпетические высыпания на губах.

Объективные данные: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. ШКГ 15 баллов. Зрачки Д=S, округлой формы, фотореакция живая, движения глаз в полном объеме. Координационные пробы выполняет неуверенно. Легкое покачивание в позе Ромберга. Тонус близок к физиологическому. Менингеальные знаки отрицательные. Кожные покровы чистые, пастозность голени, стоп. Локальное уплотнение в проекции височных артерий, болезненное. Видимые слизистые розовые, язык влажный, обложен белым налетом. Температура тела 37,4°C. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания 14 в минуту. SpO₂ 99% при вдыхании атмосферным воздухом. Гемодинамика стабильна, АД 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени у

реберной дуги. Селезенка не увеличена. Расстройств мочеиспускания и стула нет.

Лабораторные исследования. ОАК: эритроциты $3.57 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 105.0 г/л, лейкоциты $14.59 \cdot 10^9/л$, лимфоциты 7,3%, моноциты 4,6%, нейтрофилы 85.9%, палочкоядерные 10%, эозинофилы 2.1%, СОЭ 65 мм/час. БАК: без изменений. С-реактивный белок 224.7 мг/л. Спинно-мозговая жидкость: количество 1,0 мл, бесцветная, прозрачная, белок 0.198 г/л, цитоз $2,5 \cdot 10^6/л$. Посев крови на стерильность (3-хкратно): рост микрофлоры в аэробных условиях не получен.

При R-графии челюстно-лицевой области, КТ головного мозга, КТ грудной полости, МРТ головного мозга, сцинтиграфии скелета, эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ брахиоцефальных сосудов выявлены возрастные изменения. УЗИ сердца: АО уплотнена, не расширена. Фиброз кольца и створок АК, мелкие кальцинаты на створках и в кольце АК. Ускорение потока на АК. Регургитация на АК 1-2 степени. Фиброз кольца и створок МК, кальцинат у основания задней створки МК. Регургитация на МК 1-2 степени. Уплотнение створок ТКК. Регургитация на ТКК 1 степени. Регургитация на клапане ЛА 1 степени. Размеры ЛП на верхней границе нормы. АРХ в полости ЛЖ. Аневризма МПП (R-L тип). Систолическая функция ЛЖ и ПЖ сохранена. ФВ ЛЖ по Симпсону 66 %. Сист. ДЛА 26 мм рт.ст. Жидкость в перикарде в небольшом количестве (диастолическая сепарация листков перикарда по нижне-боковой стенке ЛЖ 3,5 мм, по нижней стенке ЛЖ 4,0 мм). Жидкость в плевральных полостях в небольшом количестве. Биопсия височной артерии не проводилась.

Дифференциальная диагностика проводилась в трех направлениях: 1. Генерализованная герпетическая инфекция с герпетическим ганглионитом? 2. Дебют васкулита крупных сосудов (гигантоклеточный артериит)? 3. Инфекционный эндокардит на фоне склеротической недостаточности аортального и митрального клапанов?

После исключения предварительных диагнозов были назначены глюкокортикостероиды (ГКС): раствор дексаметазона внутривенно (12 мг-10 мг, 03.05-08.05), преднизолон 30 мг с 08.05, медрол 24 мг с 16.05 и 20 мг с 23.05. На фоне лечения ГКС головные боли прекратились, температура тела нормализовалась, восстановился аппетит. До приема ГКС 02.05.2024: СРБ 224,7 мг/л, СОЭ 66 мм/час. На фоне приема ГКС 06.05.2024: СРБ 89,2 мг/л, СОЭ 68 мм/час, 15.05.2024: СРБ 31,0 мг/л, СОЭ 43 мм/час, 20.05.2024: СРБ менее 6,0 мг/л СОЭ 28мм/час.

Выводы.

1. Клиническая картина гигантоклеточного артериита разнообразна, но имеет специфические симптомы (краниального артериита) которые позволяют заподозрить данное заболевание на ранних этапах, не прибегая к сложным диагностическим методам.

2. Своевременная диагностика и терапия глюкокортикостероидами позволяют избежать тяжелых осложнений (кортикальная слепота, инсульт) и добиться полного выздоровления пациента.