



**Болезнь Хортона**  
(Гигантоклеточный  
темпоральный артериит )

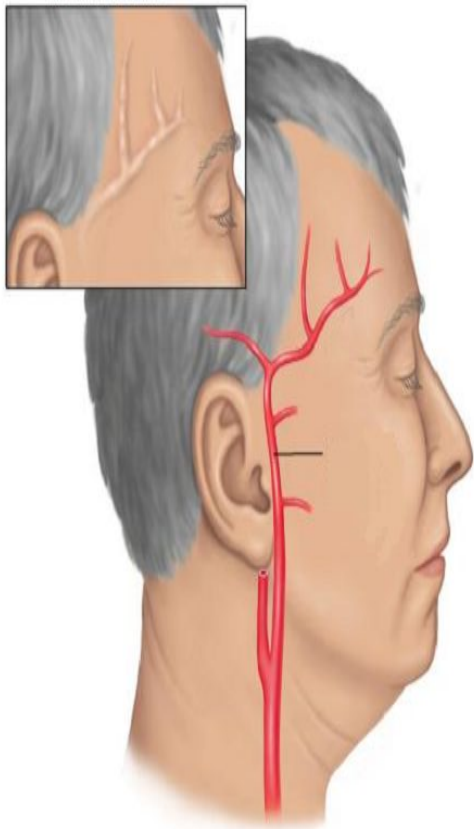
Выполнили:

Студенты ЛД / 5-го курса / 25-й группы

Абдыкеримова Венера

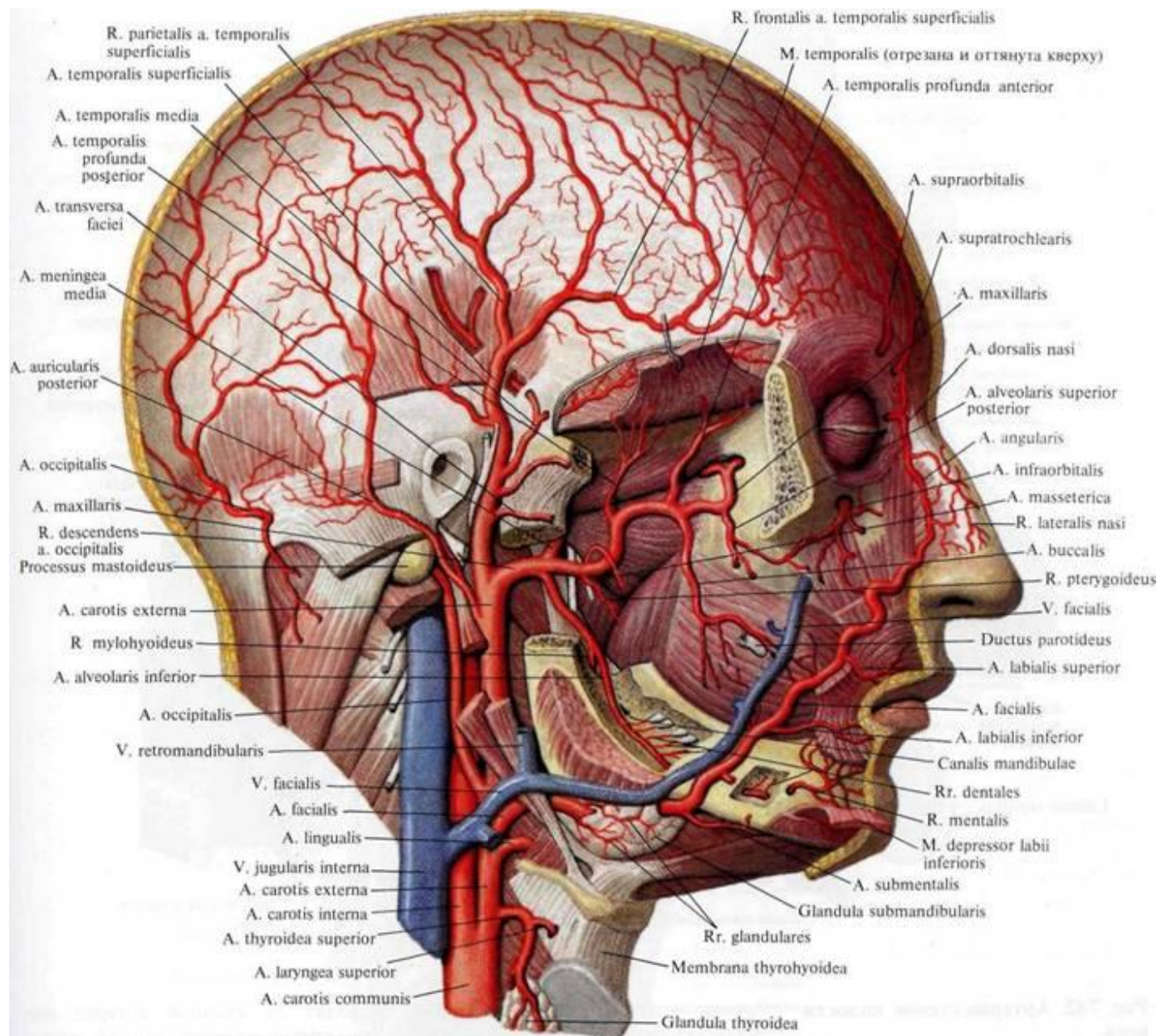
Анарбеков Бексултан





# **БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА ИЛИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ ТЕМПОРАЛЬНЫЙ**

- воспалительное заболевание (васкулит) с аутоиммунным механизмом развития, поражающее преимущественно крупные и средние интра- и экстракраниальные сосуды.



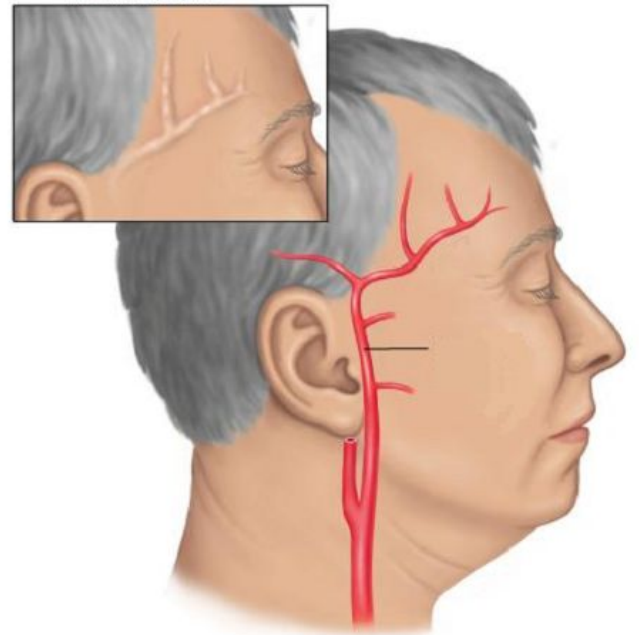


- Болезнь Хортона носит свое название по имени американского врача Хортона, впервые описавшего ее в 1932 году. Второе название — темпоральный (височный) артериит — заболевание получило в связи с тем, что в большинстве случаев оно протекает с поражением височной артерии.



# ЭТИОЛОГИЯ

Височный артериит

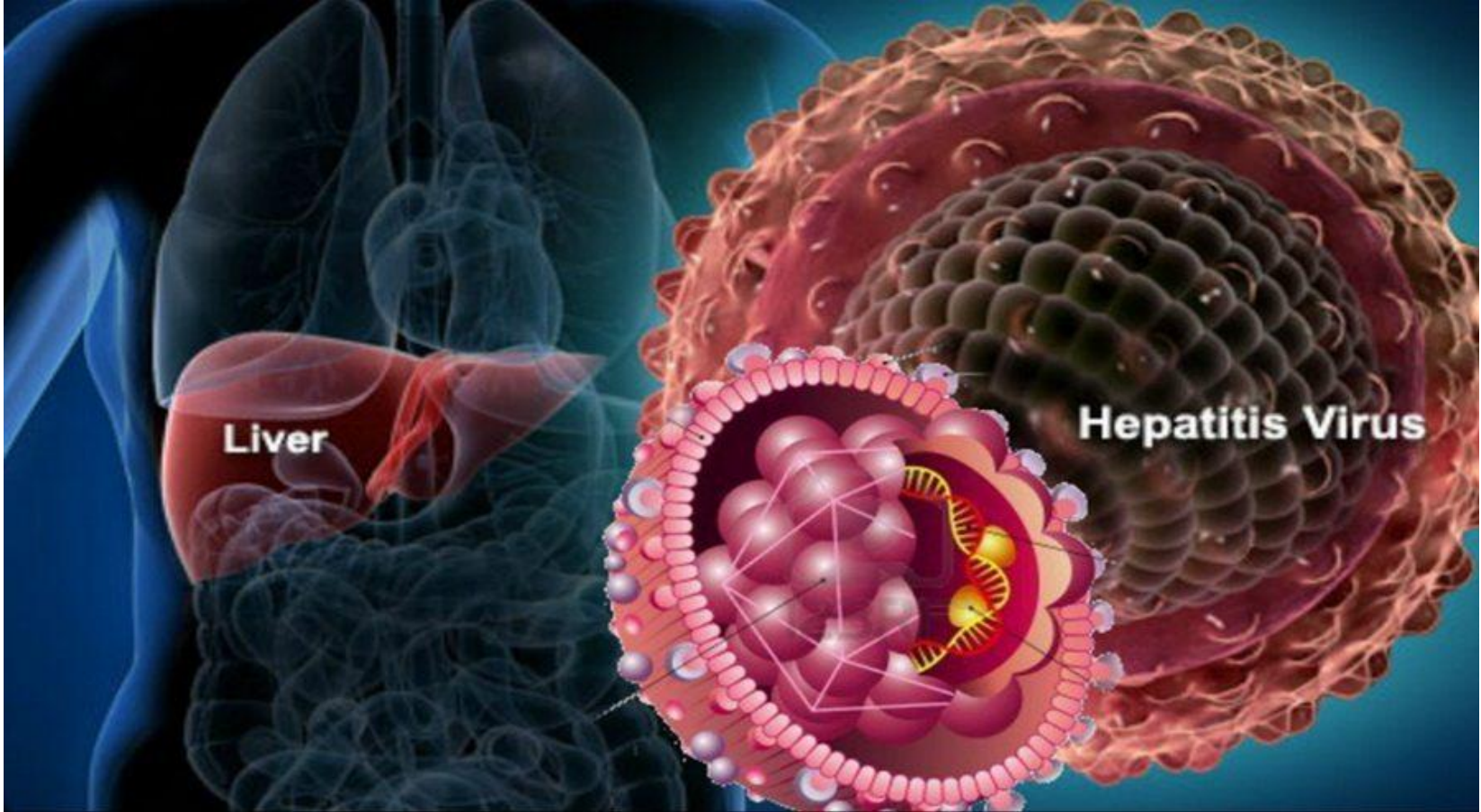




# Провоцирующие факторы:

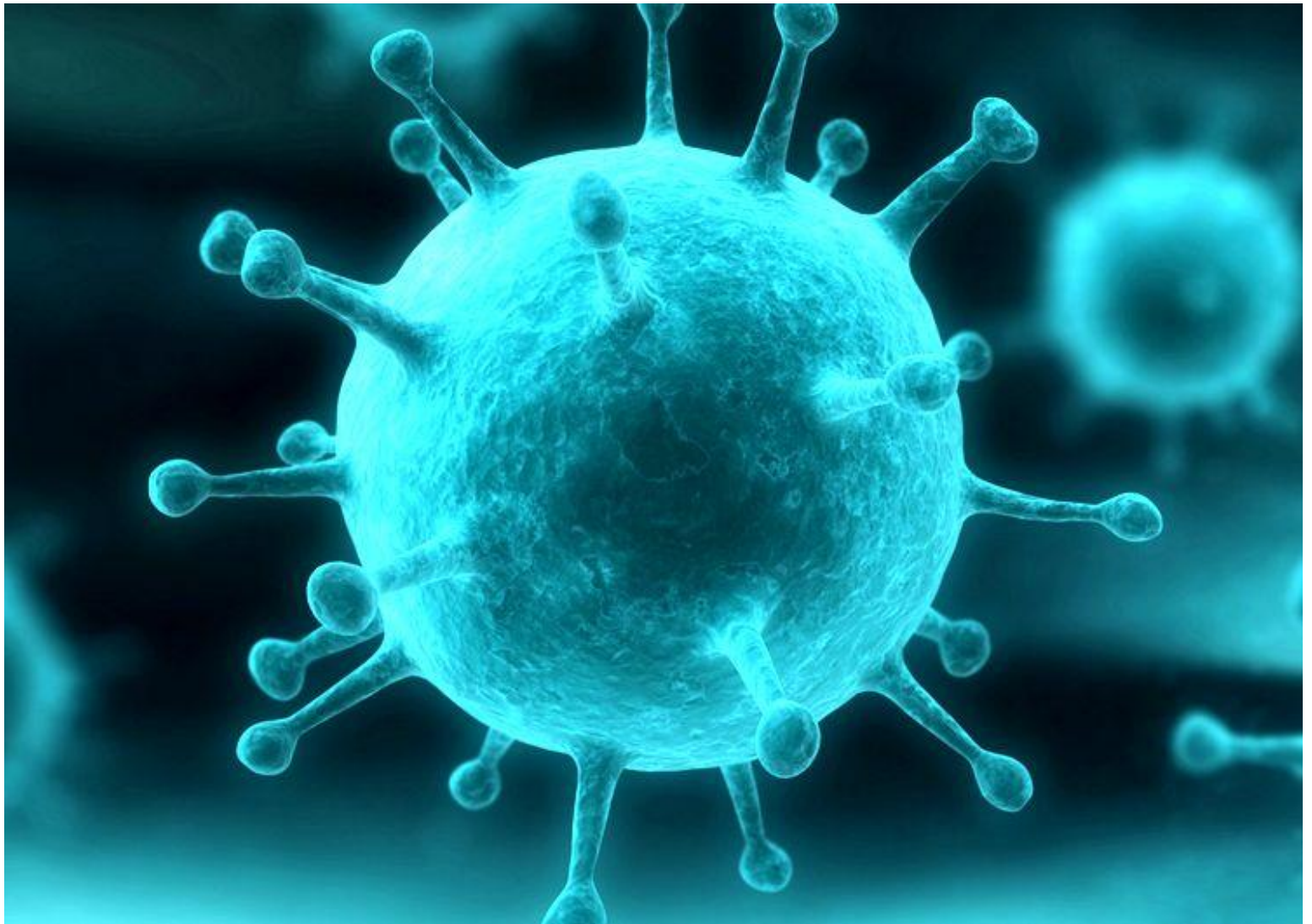
- **инфекционные  
агенты, в основном  
вирусы**





# Вирус гепатита В

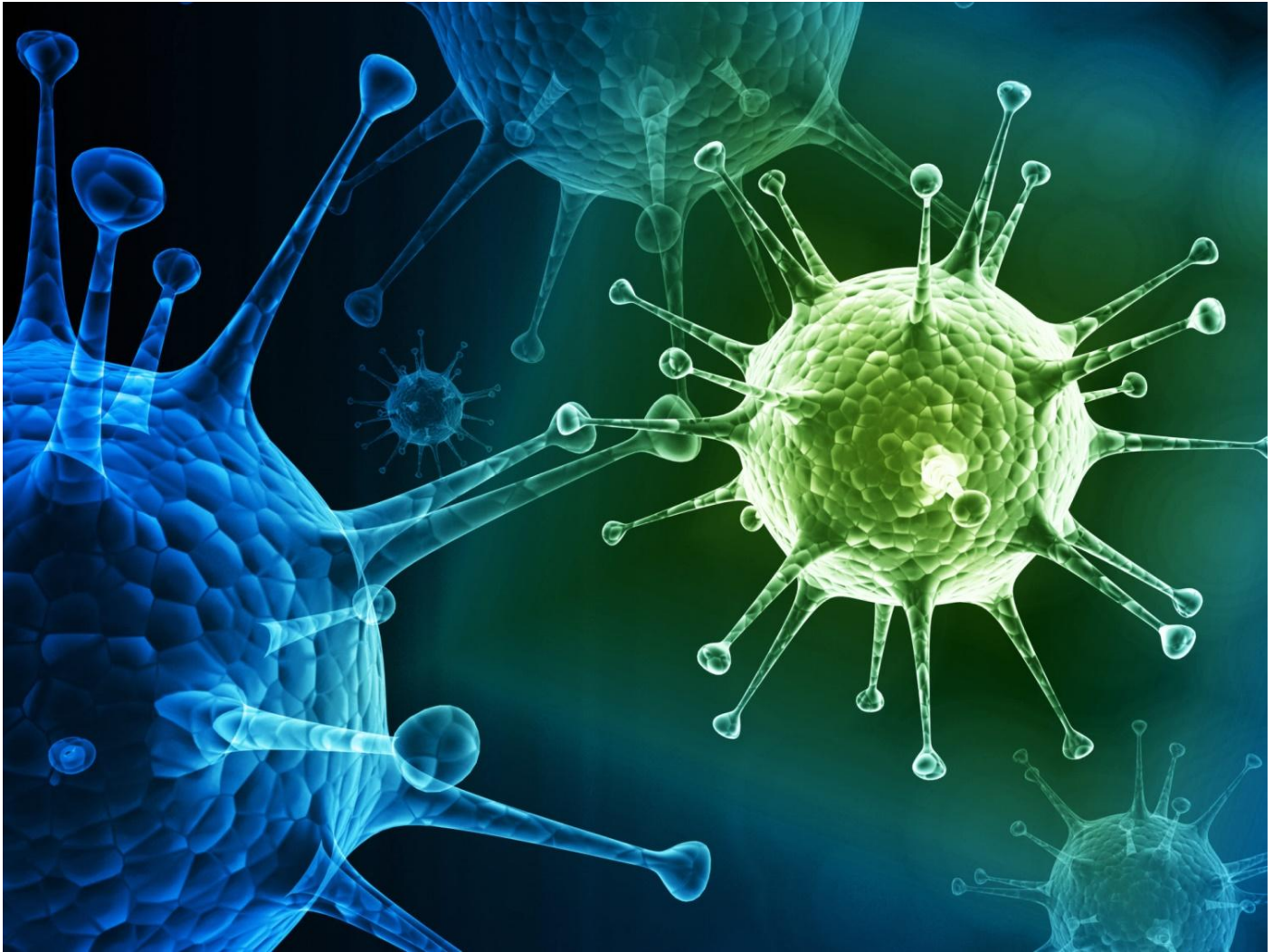
- У 33% пациентов с болезнью Хортона в крови выявляются Hbs-антигены и антитела к ним, Hbs-антиген нередко обнаруживается и в стенках пораженных артерий.





# Вирус простого герпеса



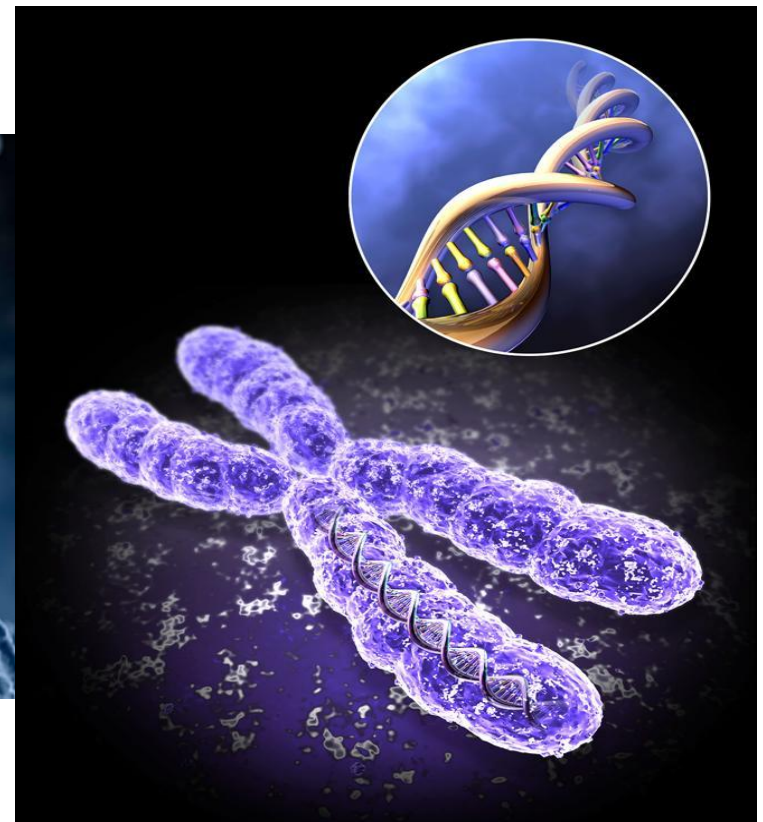




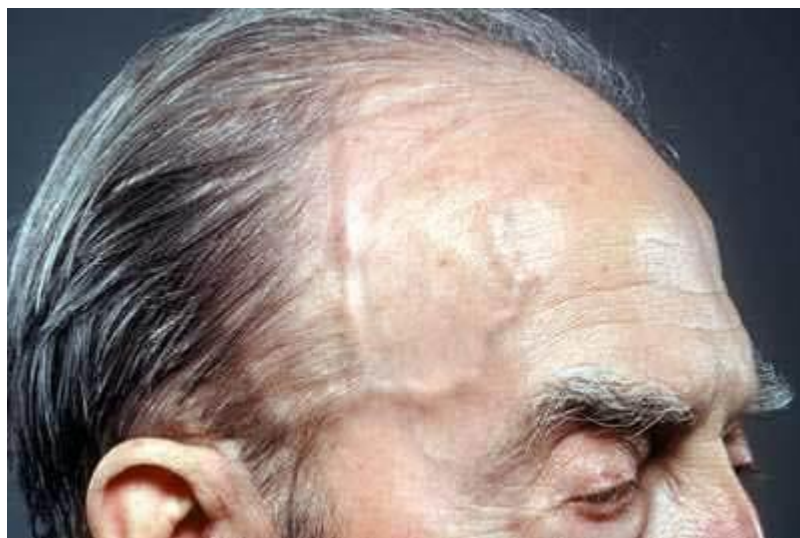
# Вирус гриппа

# Провоцирующие факторы:

- генетическая предрасположенность - носительство генов HLA B14, A10, B8



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ





# Клиническая картина:

- проявления могут возникать постепенно на протяжении нескольких недель. В других случаях, как правило, после перенесенного ОРВИ или другой вирусной инфекции, наблюдается острое начало.





Составляющими типичной  
клинической картины болезни Хортона  
являются:

- **общая симптоматика,**
- **сосудистые проявления**
- **поражение органа зрения.**

# Общие симптомы :

Включают:

- достигающую фебрильных цифр лихорадку,
- интенсивную головную боль,
- анорексию,
- снижение массы тела,
- повышенную утомляемость,
- нарушение сна,
- артралгии и миалгии.

# Головная боль:

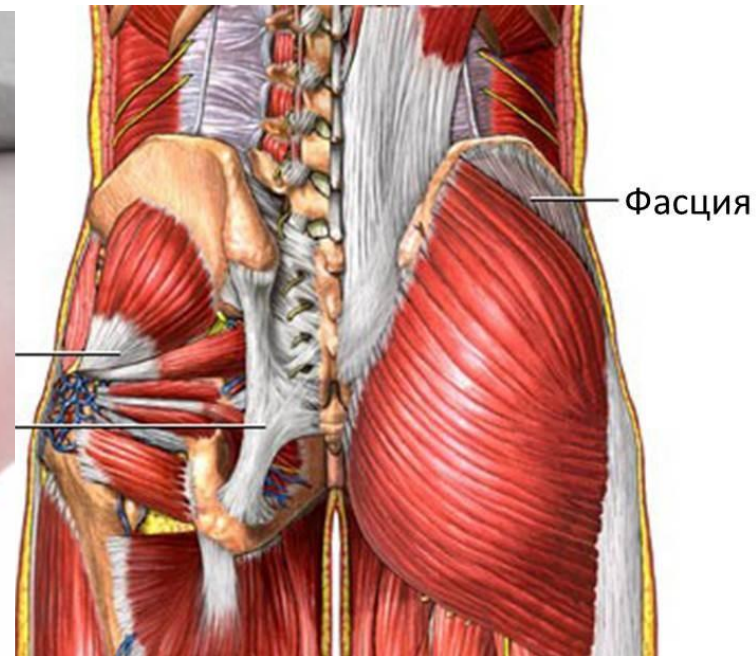


- может быть одно- или двусторонней, имеет пульсирующий тупой характер и зачастую височную локализацию, усиливается ночью и нарастает в течение 2-3 недель. Она может сопровождаться болезненностью кожи головы, острыми болями и онемением в области лица, болью при жевании.



# Миалгии:


- как правило, захватывают мышцы плечевого и тазового пояса. Их симптоматика сходна с ревматической полимиалгией.




# Сосудистые проявления:



- выражаются в уплотнении и болезненности при прощупывании теменных и височных артерий, часто наблюдается отсутствие их пульсации. При пальпации волосистой части головы выявляются узелки. Нередко при осмотре пациента с болезнью Хортона обнаруживается отечность и покраснение кожи в височной области.

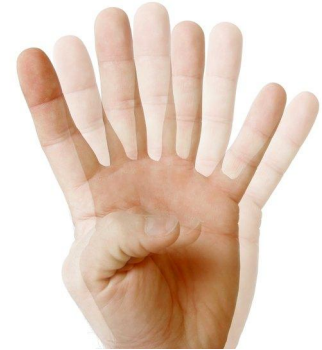
- 
- Поражения отдельных ветвей внутренней сонной артерии проявляются приступами транзиторных ишемических атак или ишемическим инсультом соответствующего участка ГОЛОВНОГО МОЗГА.

- 
- В редких случаях болезни Хортона наблюдаются поражения других крупных артерий, характеризующиеся соответствующей симптоматикой. Они могут приводить к развитию перемежающейся хромоты и инфарктов соматических органов, в том числе инфаркта миокарда.

# Поражения органа зрения:

Проявляются:

- ❖ двоением предметов (диплопия),
- ❖ болью в глазном яблоке,
- ❖ преходящим нарушением четкости зрения.
- ❖ пациенты жалуются на то, что иногда видят «размытую» или «затуманенную» картину окружающего.





- Эти симптомы связаны с происходящим при типичном течении болезни Хортона **нарушением кровоснабжения зрительного нерва и развитием его ишемической невропатии**, которая в конечном итоге может привести к **снижению зрения и слепоте**.

Необратимые изменения зрительного нерва обычно формируются спустя несколько месяцев после начала болезни Хортона, поэтому своевременно начатое лечение позволяет их избежать.

# ДИАГНОСТИКА

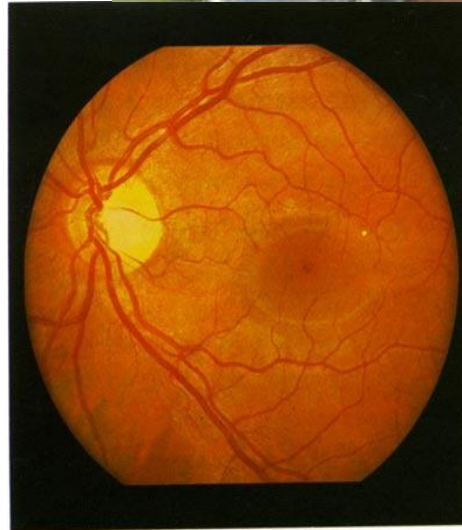


Рис. 2-1. Нормальное глазное дно.

## Диагностика:

- ОАК: гипохромную анемию, лейкоцитоз и значительное ускорение СОЭ (50-70мм/ч),
- БАК: диспротеинемия с уменьшением количества альбуминов, повышение Ig G.
- На консультации окулиста проводят определение остроты зрения и осмотр глазного дна.


## Диагностика:


- Для выявления сосудистых нарушений головного мозга производят неврологический осмотр пациентов с болезнью Хортона, УЗГД экстракраниальных сосудов и глазных сосудов, КТ и МРТ головного мозга, ангиографию сосудов головного мозга.

# Гистологическое исследование материалов:

- биопсии височной артерии выявляет характерные для болезни Хортона изменения в виде утолщения внутреннего и среднего слоя сосудистой стенки; образования в стенке сосуда гранул и скоплений гигантских клеток, лимфоцитарных инфильтратов; пристеночного тромбоза; сужения просвета пораженного сосуда.




- 
- Однако отсутствие характерной гистологической картины при наличии типичных клинических симптомов не исключает диагноз болезни Хортона. Это связано с тем, что поражение артерии носит сегментарный характер и в ходе биопсии возможно взятие непораженного участка артерии.

- 
- Дифференциальная диагностика болезни Хортона проводится с ревматической полимиалгией, мигренью, болезнью Такаясу, фибромиалгиями.

# Диагностические критерии:

1. возраст заболевших старше 50 лет;
2. возникновение характерной головной боли;
3. не связанные с атеросклерозом изменения височной артерии (уплотнение, снижение пульсации, болезненность);
4. показатели СОЭ более 50 мм/ч;
5. типичная гистологическая картина при биопсии височной артерии.



**Диагноз болезни Хортона  
ставится в случае наличия 3 из 5  
указанных признаков.**




# ЛЕЧЕНИЕ










- **Терапия болезни Хортона осуществляется преимущественно глюкокортикоидными гормонами. Начальная терапия проводится преднизолоном, доза которого зависит от наличия поражений крупных артерий и осложнений со стороны зрения.**


- 
- **Острое возникновение нарушений зрения является показанием для пульс-терапии высокими дозами метилпреднизолона.**

- 
- Постепенное снижение дозы препарата при болезни Хортона может быть начато не ранее, чем через месяц от начала терапии. Ежеженедельно снижая дозировку преднизолона на 10%, постепенно переходят на поддерживающую дозу.

- 
- В среднем лечение болезни Хортона продолжается 2 года и может быть отменено при отсутствии признаков заболевания в течении полугода на фоне поддерживающей терапии преднизолоном.

- 
- При отсутствии ожидаемого эффекта глюкокортикоидной терапии или из-за наличия выраженных побочных эффектов при ее проведении переходят на лечение цитостатиками (циклофосфамид, метотрексат).



- 
- В качестве симптоматической терапии болезни Хортона возможно применение:
    - противовоспалительных препаратов,
    - антикоагулянтов и
    - вазодилляторов



# ПРОГНОЗ





- Прогноз для жизни у пациентов с болезнью Хортона благоприятный. Как правило, заболевание хорошо поддается лечению. Однако возможна потеря зрения, артериальные тромбозы и возникновение осложнений в связи с проводимой глюкокортикоидной терапией.