



Болезнь Хортона

(Гигантоклеточный темпоральный артериит)

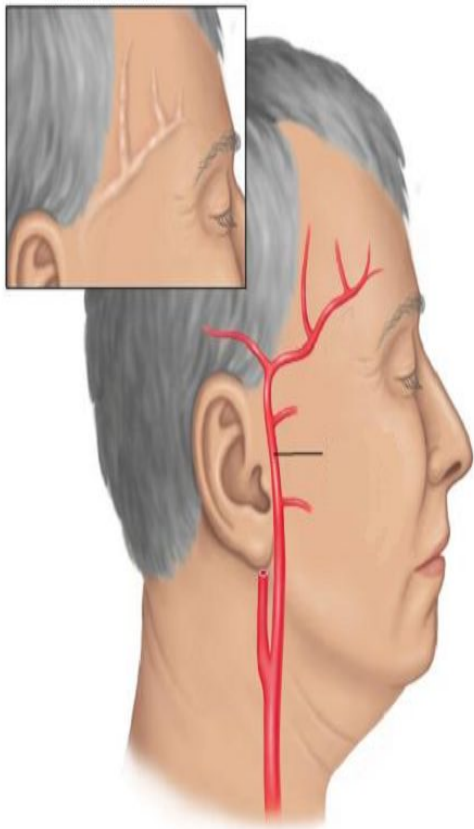
Выполнили:

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

Абдыкеримова Венера

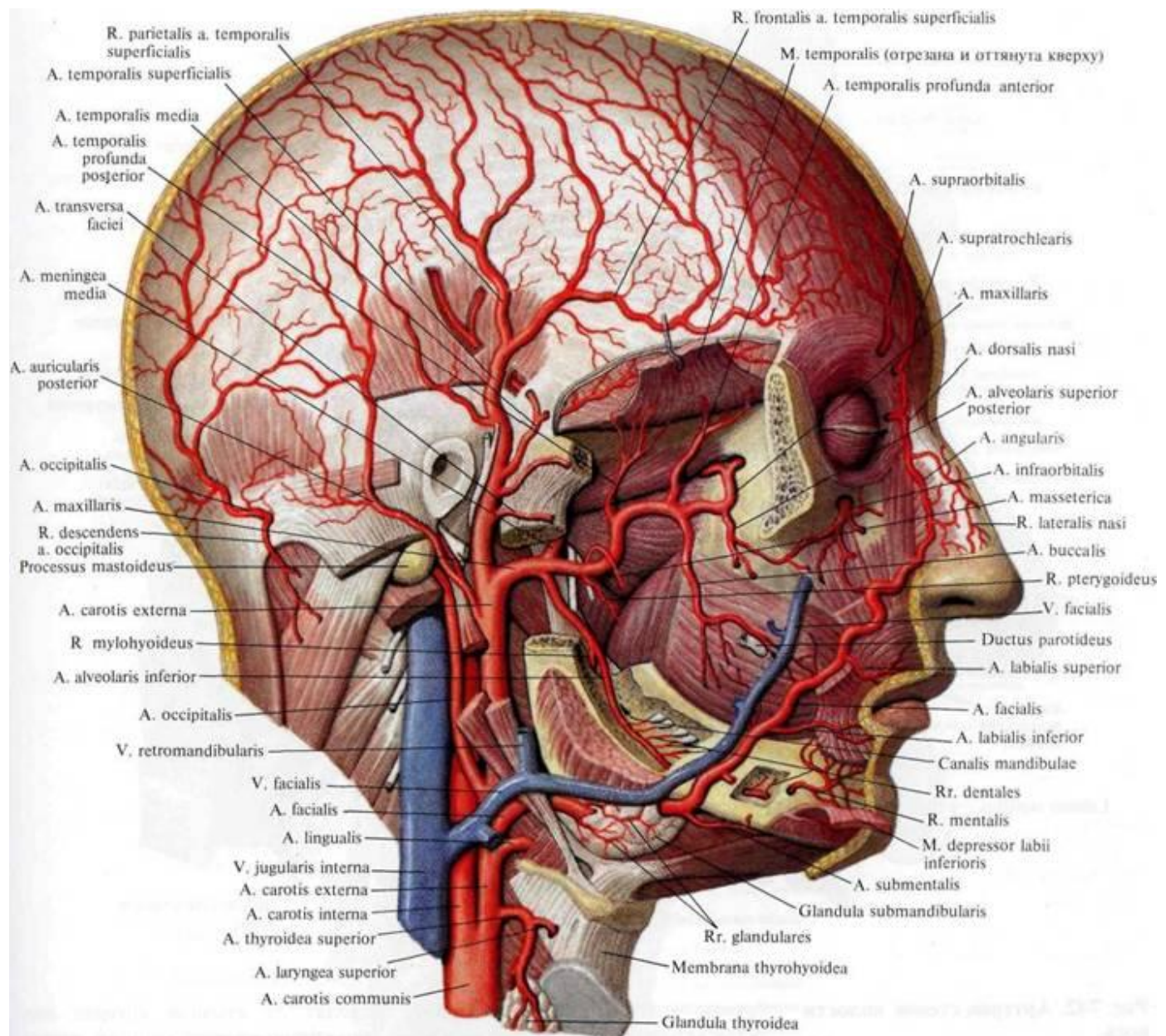
Анарбеков Бексултан





БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА ИЛИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ ТЕМПОРАЛЬНЫЙ

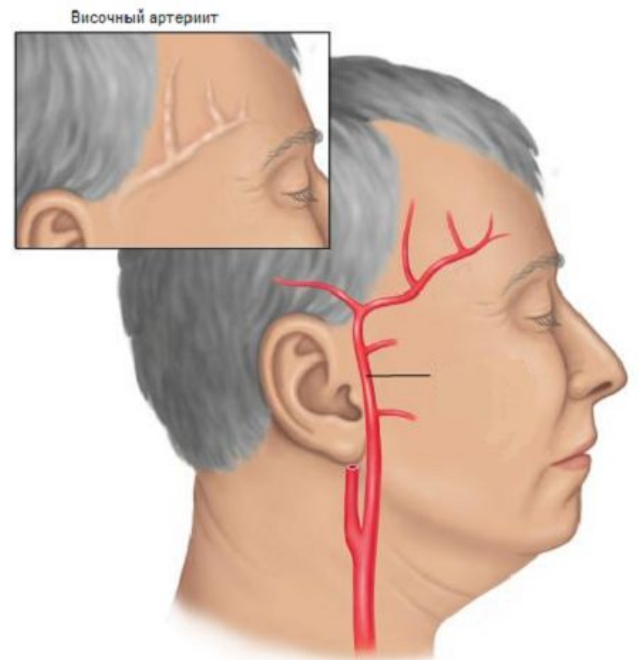
- **АРТЕРИИТ** воспалительное заболевание (васкулит) с аутоиммунным механизмом развития, поражающее преимущественно крупные и средние интра- и экстракраниальные сосуды.



- 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.



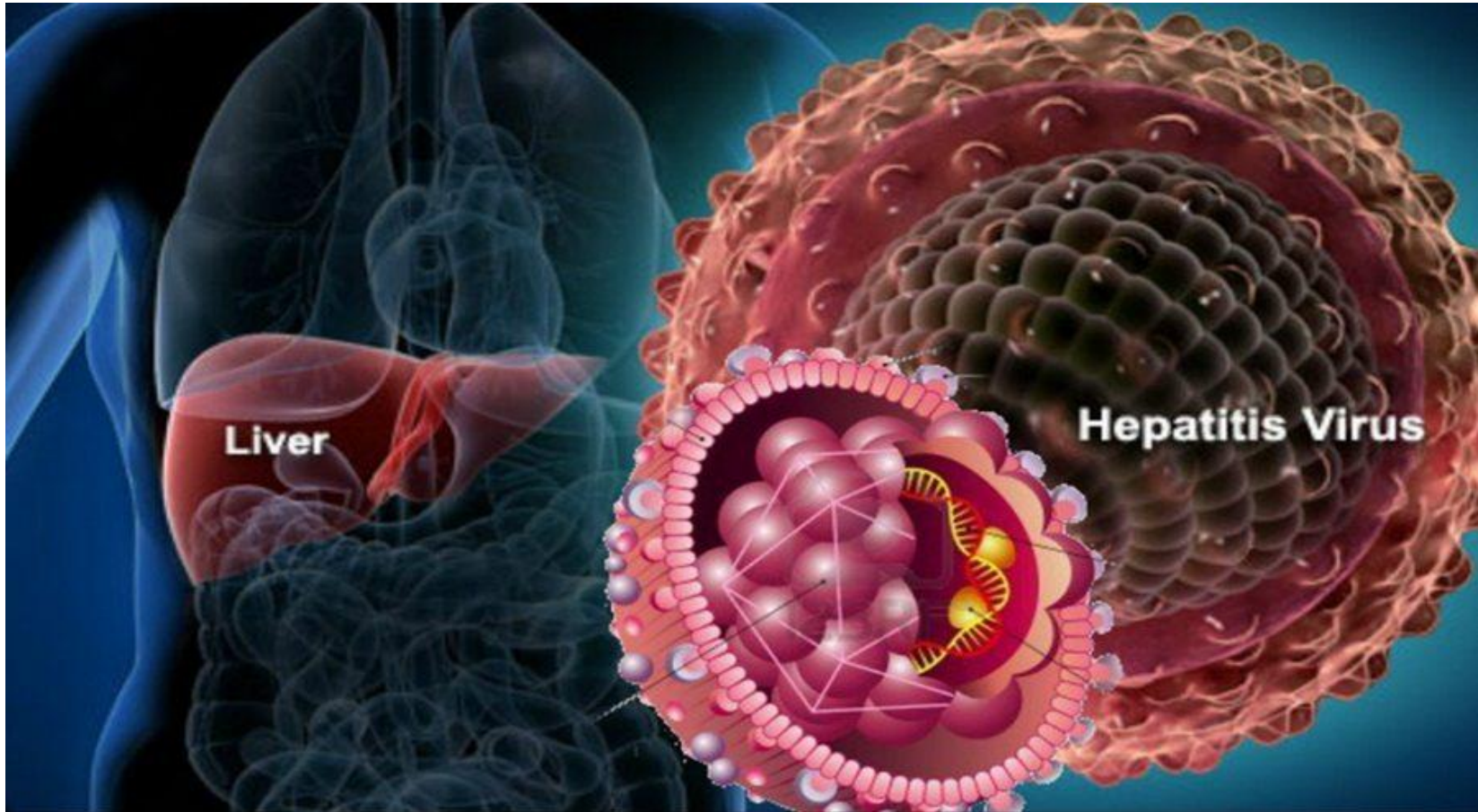
ЭТИОЛОГИЯ





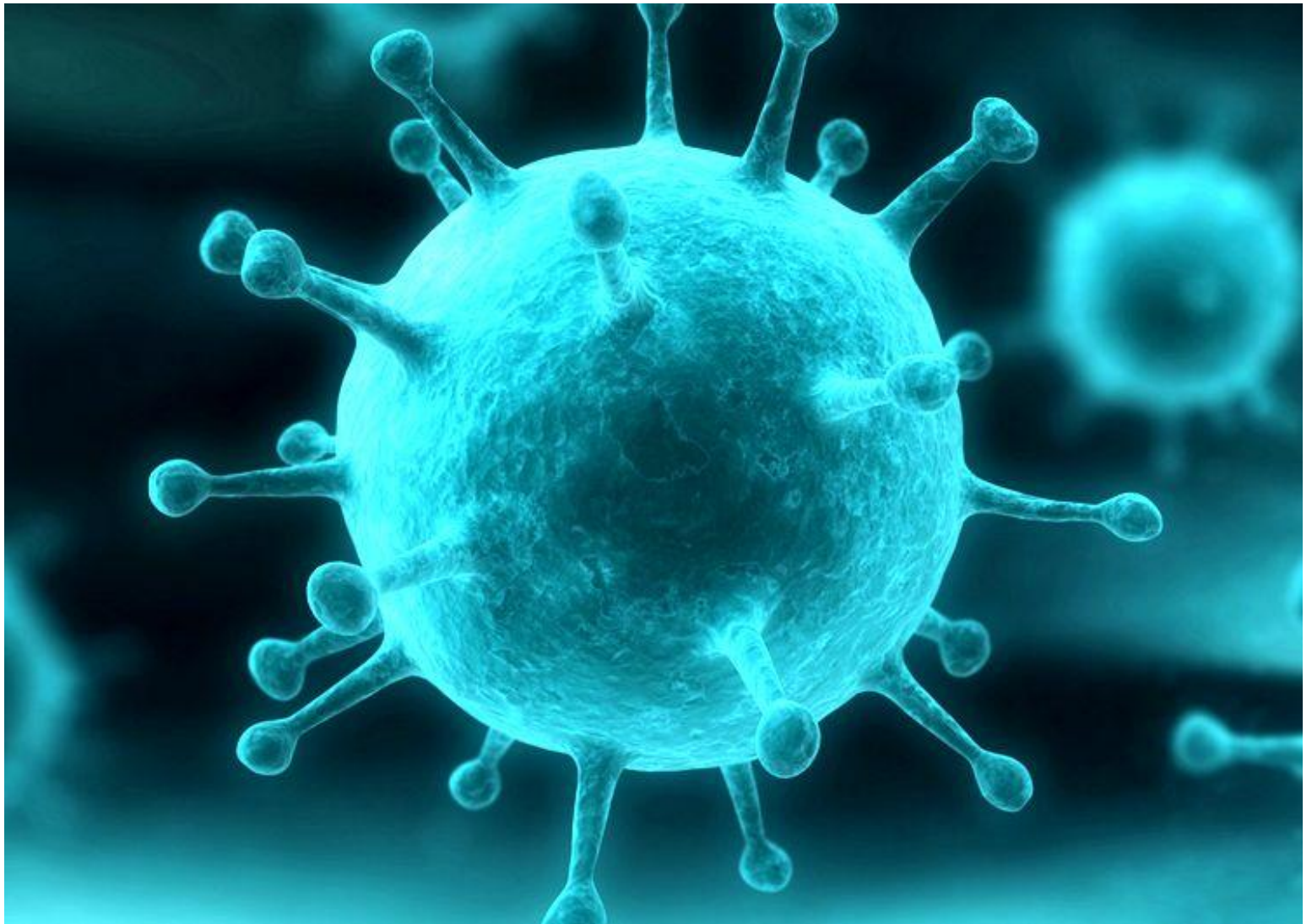
Провоцирующие факторы:

- **инфекционные
агенты, в основном
вирусы**



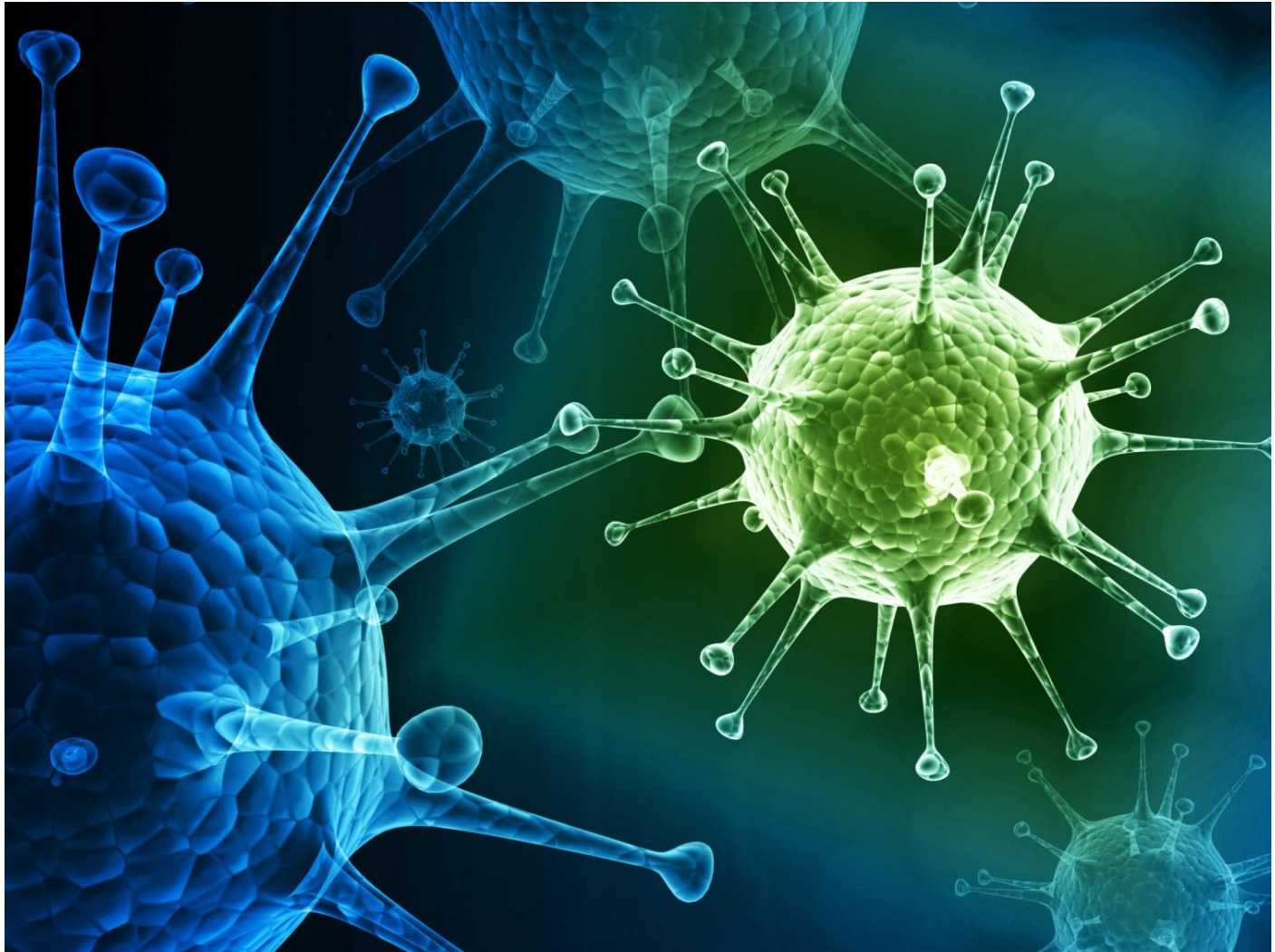
Вирус гепатита В

- 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

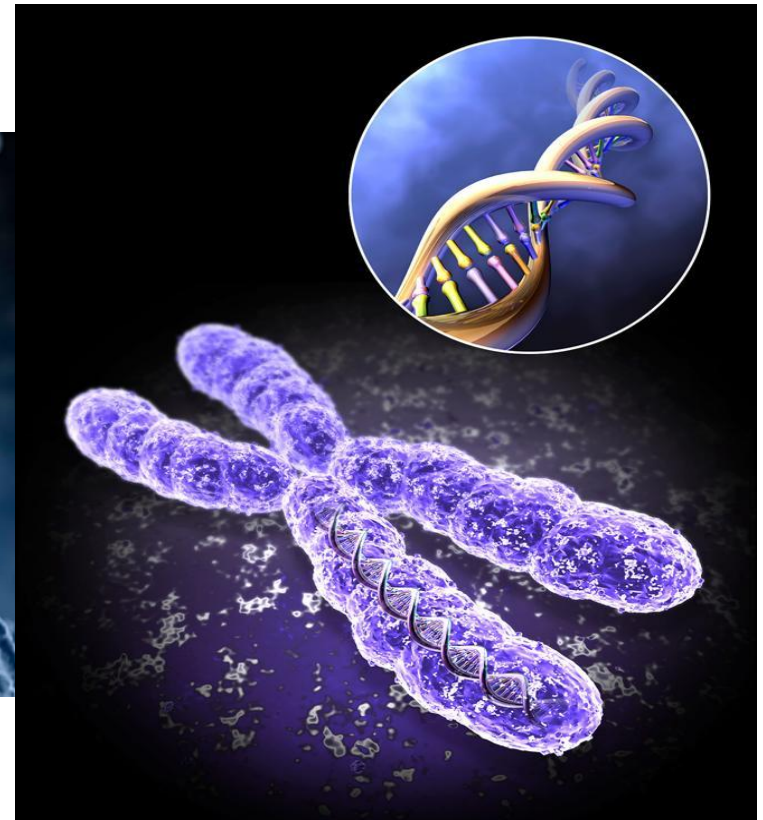




Вирус гриппа

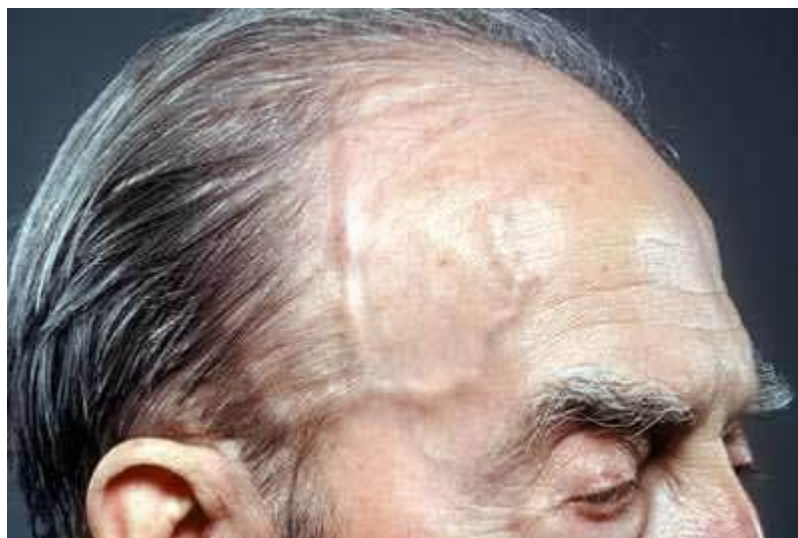
Провоцирующие факторы:

- 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:

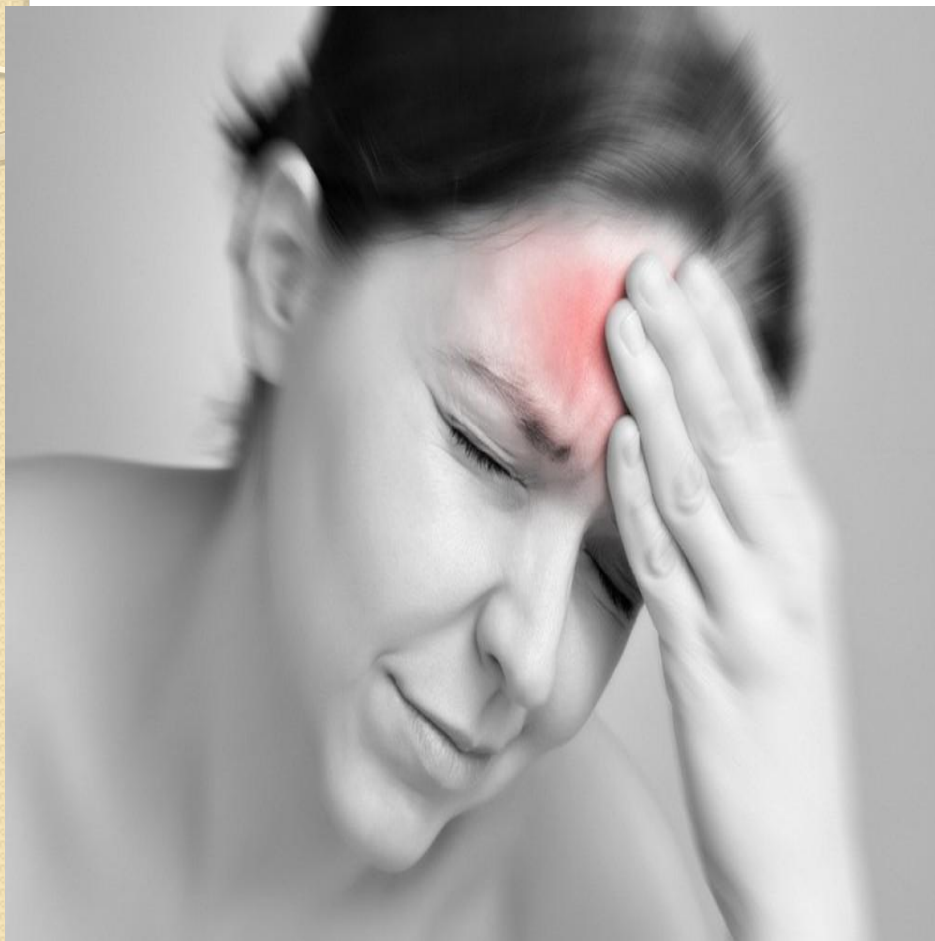
- **общая симптоматика,**
- **сосудистые проявления**
- **поражение органа зрения.**

Общие симптомы :

Включают:

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

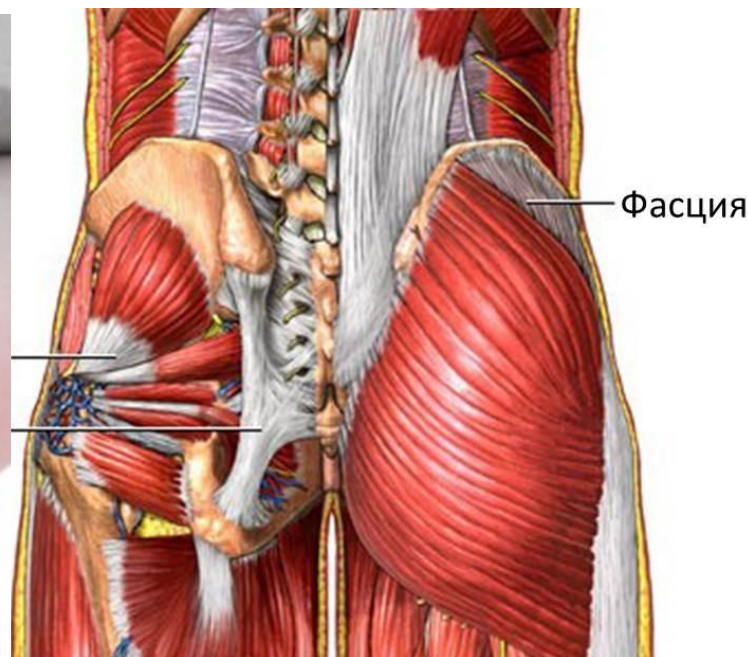
Головная боль:



- 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.

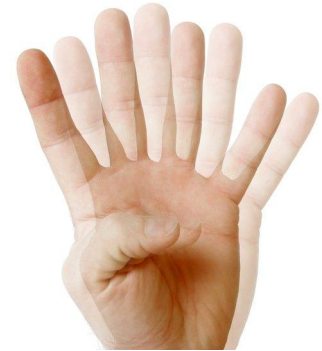
- 
- Поражения отдельных ветвей внутренней сонной артерии проявляются приступами транзиторных ишемических атак или ишемическим инсультом соответствующего участка головного мозга.

- 
- 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

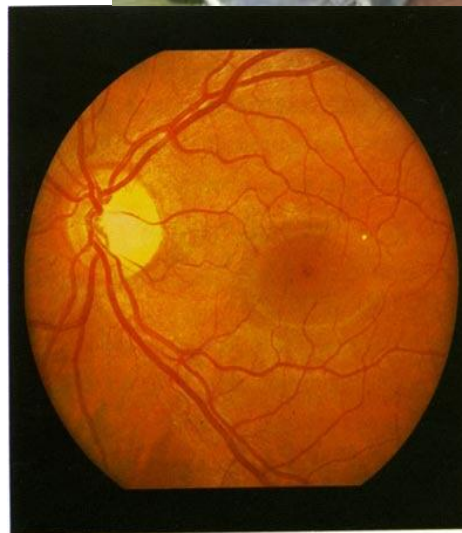
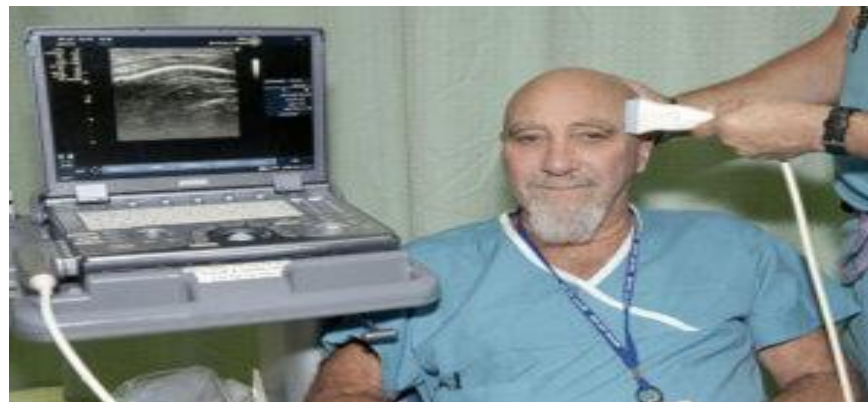


Рис. 2-1. Нормальное глазное дно.



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 гранулем 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
 - вазодилататоров



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.