

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00789&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00789. Скроневий (гігантоклітинний) артеріїт

Автор: Tom Pettersson

Редактори оригінального тексту: -

Дата останнього оновлення: 2017-01-19

Основні положення

- Потрібно пам'ятати про скроневий артеріїт як можливу причину головного болю, порушень зору і мозкового кровообігу.
- Необхідна профілактика важких ускладнень, таких як втрата зору.
- Хворого з підозрою на скроневий артеріїт відразу направляють до спеціалізованої медичної допомоги, в екстреному порядку, якщо у нього/неї порушення зору та інші ішемічні ускладнення.

Загальна інформація

- Скроневий артеріїт (гігантоклітинний артеріїт) характеризується запаленням стінок артерій великого і середнього калібру, переважно зовнішньої сонної артерії і позачерепних гілок внутрішньої сонної артерії.
- Щонайменше половина пацієнтів із скроневим артеріїтом на певній стадії захворювання мають ревматичну поліміалгію [Настанова 01095 | Ревматична поліміалгія].
- Захворювання зазвичай розвивається поступово, однак першим симптомом може бути гостре порушення кровообігу за ішемічним типом, наприклад, втрата зору.

- Через можливе виникнення порушень зору діагностику і лікування скроневого артеріїту необхідно починати якомога швидше. Більшість порушень зору обумовлені запаленням і подальшою ішемією очної артерії та її гілок. Також можливе ураження аорти і її великих гілок. При інфаркті мозку можуть виникнути симптоми неврологічного дефіциту.
- Етіологія невідома. Найвагомим фактором ризику є похилий вік.

Епідеміологія

- Частота скроневого артеріїту становить 170–240 випадків на 1 млн. населення.
- Хворіють частіше жінки. Захворювання зазвичай спостерігається у пацієнтів віком старше 50 років. Максимальна захворюваність відзначається серед осіб віком 70 років.

Симптоми

- Сильний головний біль, що не відзначався раніше або носить інший характер, з локалізацією переважно в скроневій ділянці з однієї або обох сторін, колючий або іноді пульсуючий, болючість шкіри скронь волосистої частини голови.
- “Переміжна кульгавість” жувальних м'язів (біль в щелепі при жуванні, скутість жувальних м'язів), біль в язиці і при ковтанні. Може розвинути гангрена язика.
- Порушення зору: часткова або повна, тимчасова або постійна втрата зору на один або обидва ока, двоїння в очах, миготлива пляма, скотома, коркова сліпота (транзиторні порушення зору нагадують транзиторний амавроз і мігрень)
- Втрата слуху, запаморочення і шум у вухах
- Запалення хребетних артерій може призвести до розвитку транзиторних ішемічних атак і запаморочення.
- Запалення підключичної, сонної і плечової артерій може зумовити розвиток синдрому дуги аорти, який проявляється порушеннями мозкового кровообігу або переміжною кульгавістю верхніх кінцівок.
- Переміжна кульгавість нижніх кінцівок, біль в животі (ішемія кишечника), стенокардія та інфаркт міокарда
- Симптоми поліміалгії, тобто біль і скутість в ділянці плеча, стегон і шиї.

- Загальні симптоми: втомлюваність, втрата маси тіла, зниження апетиту, лихоманка, депресія. Лихоманка може бути першим і єдиним симптомом скроневого артеріїту.

Клінічні ознаки

- набряк, болючість, вузлуватість, ослаблення або відсутність пульсу на скроневій артерії та інших поверхневих артеріях голови (лицевій або потиличній артерії)
- Симптоми з боку зору
 - Нечіткість зору, скотоми
 - Диплопія
 - При офтальмоскопії може спостерігатися набряк і блідість зорового нерва у разі локалізації ураження в передній частині нерва.
 - Кровоточивість або блідість сітківки при оклюзії судин.
- При синдромі дуги аорти: асиметричність пульсу або його відсутність, різниця артеріального тиску між верхніми кінцівками, шуми над великими артеріями
- Запалення аорти може призвести до її розширення, утворення аневризми та аортальної регургітації.

Діагностика

Лабораторні дослідження

- При підозрі на скроневий артеріїт у первинній медичній допомозі рекомендовані такі дослідження: ШОЕ, СРБ і загальний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів.
- ШОЕ зазвичай підвищена, щонайменше 40 мм/год, часто > 100 мм/год (в нормі у 1–2% пацієнтів). ШОЕ є хорошим скринінговим тестом при підозрі на скроневий артеріїт як причину головного болю.
- Концентрація СРБ в плазмі значно підвищена. СРБ є більш чутливим показником активності захворювання, ніж ШОЕ.
- Часто зустрічаються легка або помірна нормоцитарна анемія і тромбоцитоз.
- Може підвищуватися рівень лужної фосфатази плазми.

Біопсія скроневої артерії

- Біопсія скроневої артерії (відео [\[відео 00061 Temporal artery biopsy\]](#)) є амбулаторною процедурою, але вимагає попередньої підготовки.
 - Біопсію проводять у ділянці найбільш патологічно зміненої частини артерії. Оскільки зміни стінок артерії носять сегментарний характер, для дослідження необхідно взяти зразок достатньої довжини (не менше 2–3 см).
 - Біопсія може виявити типові для артеріїту зміни, навіть якщо у пацієнта немає головного болю, а скронева артерія безболісна при пальпації.
 - Негативні результати біопсії не виключають можливість артеріїту. Якщо клінічні ознаки переконливо свідчать на користь діагнозу, при негативних результатах біопсії можна розглянути можливість її проведення з іншого боку.
- За наявності тяжких симптомів, таких як порушення зору, лікування починають до біопсії, яку бажано провести протягом кількох днів. При цьому двотижнева терапія глюкокортикоїдами істотно не впливає на інтерпретацію біопсії.

Візуалізаційні методи обстеження

- За допомогою кольорового доплерівського ультразвукового дослідження можна виявити ділянки запалення артеріальної стінки. Дослідження може допомогти у визначенні підходящої ділянки для біопсії, але вимагає великого досвіду.
- МРТ, МР-ангіографія, КТ, КТ-ангіографія, а також ПЕТ є корисними методами при підозрі на запалення аорти та її головних гілок. У цьому випадку результати біопсії скроневої артерії можуть бути негативними у майже 40% пацієнтів.

Лікування

- Лікарськими засобами вибору є глюкокортикоїди, зазвичай преднізолон. Початкова доза становить 40–80 мг/добу. Високі дози, наприклад, метилпреднізолон 1 г внутрішньовенно протягом трьох днів, призначають головним чином за наявності порушень зору.
- Терапію глюкокортикоїдами поєднують з низькими дозами АСК для профілактики тромбозу за відсутності протипоказань.

- Симптоми зменшуються, а лабораторні показники нормалізуються протягом кількох тижнів, і дозу преднізолону поступово знижують. Головний біль зменшується протягом кількох днів. Тимчасові і часткові порушення зору найчастіше зникають, повна втрата зору є незворотною. Запальні зміни в стінках артерій зникають набагато повільніше.
- Надалі доза преднізолону в подальшому лікуванні залежить від клінічної відповіді та лабораторних показників. Дозу можна поступово зменшувати, наприклад, за такою схемою: Початкова доза становить 40–80 мг/добу до зникнення симптомів або нормалізації маркерів запалення (не менше 3-4 тижнів). Потім дозу знижують на 10 мг кожні 2 тижні, поки вона не досягне 20 мг/добу. Після цього дозу знижують на 2,5 мг кожні 2-4 тижні, поки вона не досягне 10 мг/добу. Наприкінці лікування дозу знижують на 2,5 мг з інтервалом приблизно в 3 місяці, за умови відсутності рецидивів. Ризики, пов'язані з захворюванням і лікуванням, і схему зниження дози визначають індивідуально.
- Загальна тривалість лікування становить в середньому 1,5 роки, проте деякі пацієнти з хронічним або періодично рецидивуючим перебігом потребують прийому глюкокортикоїдів кілька років або навіть пожиттєво.
- Якщо відповідь на преднізолон недостатня або виникають побічні ефекти (остеопороз, цукровий діабет), можна додати метотрексат або азатіоприн. Прийом метотрексату може сприяти у зниженні високих доз глюкокортикоїдів [доказ 00549 C].
- Роль біологічних лікарських засобів у лікуванні досі є незрозумілою. Найбільш перспективним підходом вважається пригнічення інтерлейкіну-6 за допомогою тоцилізумабу.

Профілактика побічних ефектів глюкокортикоїдів

- При тривалій терапії глюкокортикоїдами літні пацієнти схильні до розвитку ускладнень [настанова 00882 Pharmacological glucocor...]. Тому діагноз скроневого артеріїту повинен бути підтверджений належним чином, у тому числі результатами біопсії.
- Профілактичне лікування остеопорозу починають у момент прийняття рішення про терапію глюкокортикоїдами.
 - Необхідним є достатнє вживання кальцію і вітаміну D.

- Оскільки пацієнти є літніми людьми і передбачається тривале лікування глюкокортикоїдами, на практиці майже завжди показана остеопротекторна терапія бісфосфонатами або іншими специфічними антиостеопоротичними лікарськими засобами.
- Питання про відміну антиостеопоротичного лікарського засобу вирішують після завершення лікування глюкокортикоїдами.

Спостереження

- Під час спостереження слід приділяти увагу симптомам, що свідчать про рецидив захворювання, розвиток ускладнень і побічних ефектів терапії глюкокортикоїдами.
- На початковому етапі спостереження здійснюють у спеціалізованій медичній допомозі, а потім продовжують у співпраці з первинною медичною допомогою.
- Контролюють такі лабораторні показники: ШОЕ, СРБ, загальний аналіз крові, креатинін, глюкоза та електроліти крові.
- Рецидив скроневого артеріїту слід запідозрити при відновленні симптомів і розвитку ішемічних ускладнень, появі лихоманки невідомого походження або симптомів поліміалгії. При рецидиві захворювання зазвичай відзначається підвищення ШОЕ і СРБ.

Прогноз

- Запальний процес при артеріїті зазвичай стихає протягом кількох місяців або років, однак рецидиви виникають навіть через багато років.
- Симптоми можуть загострюватися при зниженні дози або припиненні прийому глюкокортикоїдів.
- Важливо, щоб лікуючий лікар пацієнта знав про це захворювання, бо в іншому випадку причиною симптомів може хибно вважатись артеріосклероз.

Пов'язані джерела

- Клінічні настанови [\[пов'язані 00352 | Temporal \(giant cell\) ar...\]](#)
- Інші Інтернет-джерела [\[пов'язані 00352 | Temporal \(giant cell\) ar...\]](#)

- Література пов'язані
[00352] | Temporal (giant cell) ar...

Настанови

- [Настанова 01095](#). Ревматична поліміалгія.
- [Настанова 00882](#). Pharmacological glucocorticoid treatment.

Відео

- [Відео 00061](#). Temporal artery biopsy.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00549](#). Combined methotrexate and prednisone in giant-cell arteritis.
Дата оновлення: 2003-08-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Combined treatment with methotrexate plus corticosteroid may be safer and more effective than corticosteroid alone in giant-cell arteritis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00789 Ключ сортування: 021.046 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-01-19

Автор(и): Tom Pettersson Автор(и) попередніх версій статті: Marjaana Luisto Редактор(и):
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology Internal medicine Rheumatology

Ключові слова індексу
mesh: Temporal Arteritis speciality: Internal medicine speciality: Rheumatology speciality: Neurology icpc-2: K99
mesh: Polymyalgia Rheumatica mesh: Amaurosis Fugax mesh: Vision Disorders mesh: Prednisone
mesh: Methylprednisolone mesh: corticosteroid treatment mesh: Headache mesh: temporal artery biopsy
mesh: jaw claudication mesh: Blood Sedimentation mesh: systemic glucocorticoid therapy