

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ХОРТОНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ЮЛИЯ ИВАНОВНА КУЗНЕЦОВА, врач-терапевт, зав. отделением медицинской профилактики
НУЗ ОКБ ст. Казань ОАО «РЖД»

ЕЛЕНА ЮРЬЕВНА КРОХИНА, врач-терапевт НУЗ ОКБ ст. Казань ОАО «РЖД»

Реферат. В статье представлен клинический случай развития болезни Хортон (БХ) у пожилой пациентки. Болезнь Хортон, или гигантоклеточный височный аортоартериит, – системный васкулит с преимущественным поражением артерий большого диаметра. Представлено описание клинической картины, течение, лечебные и диагностические мероприятия при БХ.

Ключевые слова: болезнь Хортон, васкулит, ревматическая полимиалгия.

CASE OF THE ILLNESS OF HORTON IN PRACTICE OF THE DOCTOR-THERAPIST

YU.I. KUZNETSOVA, E.YU. KROKHINA

Abstract. In article the clinical case of development of an illness of Horton (BH) at the elderly patient is presented. The description of a clinical picture, current, complex medical and diagnostic actions is presented at BH.

Key words: Horton's illness, rheumatic polymyalgia.

Височный гигантоклеточный артериит – системное сосудистое заболевание, характеризующееся поражением средней оболочки аорты и отходящих от нее крупных артерий, преимущественно в бассейне сонных артерий и в первую очередь височной артерии по типу гранулематозного васкулита с многоядерными клетками в гранулемах. Этиология заболевания до сих пор не выяснена, в патогенезе имеют значение иммунопатологические процессы. Они поражают в основном внутри- и внечерепные артерии крупного и среднего калибра: височные, глазные, затылочные, подчелюстные. При гистологическом исследовании выявляется деструктивно-продуктивный гигантоклеточный васкулит с грубой дезинтеграцией внутренней эластичной мембраны артерий, некрозом мышечных слоев и тромбозов пораженных сосудов. Болезнь Хортона (БХ) обычно развивается у лиц старшей возрастной группы, чаще у женщин [1, 2]. Частота встречаемости заболевания 17,4–24 на 100 000 населения и зависит от географических особенностей. Наиболее распространена БХ в странах Скандинавии, наименее в Японии [6].

Клиническая картина зависит от распространенности процесса и поражения того или иного сосудистого бассейна. Продромальная стадия занимает от нескольких недель до нескольких месяцев. Больные отмечают усталость, утомляемость, потерю аппетита, похудание, летучие боли в мышцах и суставах [1, 2].

Основными симптомами развернутой стадии БХ являются головная боль, нарушения зрения, лихорадка, общая слабость, снижение аппетита, похудание. Нередко находят припухлость, гиперемия, пальпаторную болезненность, ослабление пульсации височных артерий, чаще с одной стороны. На этом фоне возникают приступы жгучих, совершенно нестерпимых болей, особенно по ночам. У части больных имеется поражение других магистральных артерий по типу стенозирующего аортоартрита, мышечные изменения,

аналогичные ревматической полимиалгии. Патогномичен для гигантоклеточного артериита своеобразный симптом «перемежающей хромоты» в жевательных мышцах и языке при еде и разговоре, что связано с распространением процесса на артерии лица. Возможно нарушение зрения вплоть до слепоты в связи с нарушением кровотока в сосудах сетчатки [6].

Показательны изменения гематологических показателей: повышение СОЭ, иногда лейкоцитоз, гипер-альфа-2 и гамма-глобулинемия, анемия. БХ рассматривается как одна из форм системного васкулита, аутоиммунного по генезу, о чем свидетельствуют измененные показатели иммуноглобулинов, ревматоидного фактора (РФ), повышение титра антител к нативной ДНК, АНФ. Гистологически патогномичными считаются признаки ангиита с преимущественным поражением артерий мышечного типа, а также обнаружение гигантских клеток.

Согласно American College of Rheumatology (ACR), 1990, диагностическими критериями БХ являются:

- возраст начала болезни старше 50 лет;
- вновь появившиеся головные боли;
- утолщение (расширение) или пульсация височных артерий (не связанные с атеросклерозом) или локальная чувствительность при пальпации;
- увеличенная СОЭ более 50 мм/ч;
- патологические изменения при биопсии артерий: преобладание инфильтрации мононуклеарными клетками или гранулематозное воспаление с многоядерными гигантскими клетками.

Наличие трех из пяти критериев свидетельствует о гигантоклеточном артериите.

В последние годы диагностический потенциал дополняется возможностями ультразвуковой доплерографии, компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга. В лечении БХ высокоэффективны глюкокортикостероиды [1, 3, 6].

Больная Б., 76 лет, поступила в стационар НУЗ ОКБ ст. Казань ОАО «РЖД» 06.07.2011 г. с жалобами на головные боли, стреляющие боли в правой височно-теменной области, постоянные тупые боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, в положении на левом боку и спине, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, отсутствие аппетита. Заболела в мае 2011 г., когда стала повышаться температура до 38°C с ознобами и проливными потами, возникла общая слабость, сухой кашель, головные боли. Постоянно принимала анальгетики (анальгин, темпалгин, максиган).

Обращалась к неврологу. Назначено: кортексин, мексидол, нейромедин, конвулекс, но улучшения не было. При очередном обращении в поликлинику направлена в стационар.

Наследственность – у отца инсульт. Перенесенные заболевания – частые пневмонии в детстве. Месячные регулярные, было двое нормальных родов, 2 медицинских аборта. Лекарственной аллергии не отмечает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД – 130/70 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 18 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у реберной дуги, ровный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Расстройств мочеиспускания и стула нет.

Неврологический статус: зрачки D=S, округлой формы, фотореакции снижены, глазодвижения в полном объеме. Конвергенция удовлетворительная. Легкая сглаженность носогубной складки слева. Язычок при фонации девирует влево. Легкая девиация кончика языка вправо. Болезненность при пальпации точки височной артерии справа, точки позвоночной артерии справа. Четких чувствительных нарушений нет. Сухожильные рефлексы D=S, положительные рефлексы Маринеску–Родовича, Россолимо, Вендеровича, подошвенные сгибательного типа с двух сторон.

Мышечная сила 5 баллов. Координационные пробы выполняет неуверенно. Легкое покачивание в позе Ромберга. Тонус близок к физиологическому. Менингеальные знаки отрицательные.

Лабораторные исследования. ОАК: гемоглобин – 76 г/л; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л; эритроциты – $2,8 \times 10^9$ /л; СОЭ – 74 мм/ч, анизоцитоз, гипохромия. Лейкоформула: сегментоядерные – 82%; эозинофилы – 1%; моноциты – 3%; лимфоциты – 14%. БАК: сиаловая кислота – 3,0 ммоль/л; общий белок – 6,3 г/дл; СРБ ++; РФ < 8; сывороточное железо – 113,5 мг/дл; трансферрин – 172,7 мг/дл.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 86 уд/мин, ЭОС горизонтальная.

Рентгенография органов грудной клетки: повышена воздушность легочной ткани в верхних отделах. Легочный рисунок усилен, деформирован в нижних отделах. Корни не расширены, неструктурны. Синусы свободны. Сердце расширено в поперечнике.

Рентгенография черепа: формы и размеры черепа обычные. Турецкое седло: контуры четкие, ровные, границы в пределах нормы.

УЗИ органов гепатобилиарной зоны: печень – паренхима с перипортальными фиброзными изменениями, размеры 122×63 мм; желчный пузырь 65×32 мм; холедох – 5 мм; поджелудочная желе-

за – экоструктура неоднородная, гиперэхогенная, 14×9 мм; вирусного протока – 1 мм. Селезенка в норме. Почки: правая – 83×43 мм, толщина паренхимы 10 мм, левая – контуры волнистые, 93×12 мм, толщина паренхимы 12 мм. ЧЛС – структура неоднородная с участками фибросклероза. Надпочечники не визуализируются.

Консультации специалистов.

Невролог: височный гигантоклеточный периартериит? Невралгия затылочного нерва? ЦВБ. Хроническая ишемия головного мозга в форме двусторонней пирамидной симптоматики. Рекомендации: рентгенограмма черепа, ЭЭГ, Эхо-ЭС.

Гематолог: паранеопластическая анемия? Для исключения заболеваний крови проведена стерильная пункция. В миелограмме – костный мозг клеточный, эритроцитоз нормобластический. Отмечается миелоцитарная реакция, снижено созревание нейтрофилов. Мегакарициты активные. Метастазов рака не обнаружено.

Назначено: витамин B₁₂ 500 мкг/сут. Сорбифер 100 мг 2 раза в день.

Консультация гинеколога – патологии не выявлено.

Ревматолог: болезнь Хортона (височный гигантоклеточный периартериит). Рекомендации: преднизолон 20 мг/сут длительно с постепенным снижением дозы при достижении клинического эффекта. Биопсия височной артерии не проводилась из-за отказа пациентки.

Таким образом, появление «новой» головной боли односторонней височной локализации у пожилой пациентки на фоне предшествующего неспецифического интоксикационного синдрома, характерные гематологические изменения позволили предположить и диагностировать болезнь Хортона. Был получен положительный клинический эффект от глюкокортикоидной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глазунов, А.В. Ревматическая полимиалгия и височный артериит / А.В. Глазунов, Е.В. Жильев, Ф.А. Толдиева // Клиническая геронтология. – 2006. – № 2. – С. 34.
2. Glazunov, A.V. Revmaticheskaya polimialgiya i visochnyi arteriit / A.V. Glazunov, E.V. Zhilyaev, F.A. Toldieva // Klinicheskaya gerontologiya. – 2006. – № 2. – С. 34.
3. Насонова, В.А. Клиническая ревматология / В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. – М., 1989. – С. 234.
4. Nasonova, V.A. Klinicheskaya revmatologiya / V.A. Nasonova, M.G. Astapenko. – M., 1989. – S. 234.
5. Папиров, Г.С. Болезнь Хортона / Г.С. Папиров, Л.И. Каменева // Клиническая медицина. – 1991. – № 4. – С. 96.
6. Papirova, G.S. Bolezn' Hortona / G.S. Papirova, L.I. Kameneva // Klinicheskaya medicina. – 1991. – № 4. – S. 96.
7. Семенкова, Е.Н. Системные васкулиты / Е.Н. Семенкова. – М., 1988.
8. Semenkova, E.N. Sistemnye vaskulity / E.N. Semenkova. – M., 1988.
9. Ярыгин, Н.Е. Системные аллергические васкулиты / Н.Е. Ярыгин, В.А. Насонова, Р.Н. Потехина. – М., 1980.
10. Yarygin, N.E. Sistemnye allergicheskie vaskulity / N.E. Yarygin, V.A. Nasonova, R.N. Potehina. – M., 1980.
11. Devauchelle-Penses, V. Epidemiology, imaging and treatment of giant cell arteritis / V. Devauchelle-Penses, S. Luosse, C. Destombe, A. Sarau // Joint Bone Spine. – 2008. – P. 267.
12. Rahman, W. Giant cell arteritis an overview and update / W. Rahman, F. Rahman // Ophthalmol. – 2005. – № 5. – P. 421.