

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕВМАТИКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при темпорален (гигантоклеточен) артеритис и полимијалгија ревматика.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при темпорален (гигантоклеточен) артеритис и полимијалгија ревматика е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при темпорален (гигантоклеточен) артеритис и полимијалгија ревматика по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при темпорален (гигантоклеточен) артеритис и полимијалгија ревматика) („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2611/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕВМАТИКА

МБД Упатство
10.02.2014 • комплетно обновено
Том Петтерссон

- Основни податоци
- Општо
- Епидемиологија
- Симптоми
- Клинички знаци
- Дијагноза
- Третман
- Прогноза
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Да се има предвид можноста на темпоралниот артеритис како причина за главоболка, визуелни нарушувања и нарушувања во мозочната циркулација.
- Треба да се превенираат сериозни компликации, како што е губит на видот.
- Пациент со сомнеж за темпорален артеритис се упатува веднаш кај специјалист, како итна состојба доколку тој/таа има визуелни нарушувања или други исхемични компликации.

ОПШТО

- Гигантоклеточниот артеритис претставува воспаление на сидот на големите и средно големите артерии. Најчесто ја зафаќа каротидната артерија и екстракранијалните гранки на внатрешната каротидна артерија.
- Барем 50% од пациентите со темпорален артеритис, имаат ревматска полимијалигија, за време на некоја фаза од болеста.
- Болеста вообичаено почнува подмолно, но на гол исхемичен настан, пр. Губиток на видот, може да биде иницијален симптом.
- Болеста мора да се дијагностицира и да се третира бргу поради нарушувањата во видот. Најчесто нарушувањата во видот се предизвикани од воспаление и последователна исхемија во артерија офталмика и во нејзините гранки. Исто така, може да бидат зафатени и аортата и големите крвни садови кои излегуваат од аортата. Како резултат на мозочен инфаркт може да се развијат симптоми на невролошки дефицит.
- Етиологијата е непозната. Пациентите со напредната возраст имаат поголем ризик.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцата на темпоралниот артеритис е 170-240 случаи на милион луѓе.
- Болеста се јавува најчесто кај жени. Таа е речиси ексклузивно застапена кај пациенти на возраст над 50 години. Пикот на инциденцата е околу 70-тите години.

СИМПТОМИ

- Силна главоболка, претходно недоживеана или презентирачка со нови карактеристики, типично локализирана во една или во двете слепоочници, удирање или понекогаш пулсирање, темпорална осетливост на скалпот.
- Масетерна клавдикација (болка во вилицата, провоцирана при цвакање, вкочанетост на масетерните мускули), болка во мускулите на јазикот и фарингсот. Може да се развие гангрена на јазикот.
- Нарушувања во видот: парцијални или тотални, повремени или перманентни, губиток на видот на едното или на двете очи, дупло гледање, скотоми, кортикално слепило (повремени нарушувања кои личат на амауроza, фуга и мигрена).
- Губиток на слухот, вертиго и тинитус.
- Воспалението на вертебралните артерии може да доведе до транзиторен мозочен синдром и вертиго.
- Воспалението на супклавија, каротидните и брахијалните артерии може да доведе до синдром на лакот на аортата кој се презентира со нарушување на мозочната циркулација или клавдикација на горните екстремитети.
- Клавдикација на долните екстремитети, стомачна болка (интестинална исхемија), ангина пекторис и миокарден инфаркт.
- Симптоми на полимијалгија: болка и вкочанетост во вратот, рамената и пелвичниот појас.
- Општи симптоми: замор, губиток во телесна тежина, губиток на апетит, треска, депресија. Треската може да биде прв и единствен симптом на темпорален артеритис.

КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ

- Оток, зголемена осетливост, појавана чворчиња, слаб или отсутен пулс на темпоралната артерија или друга супер фицијална артерија на главата (фацијална или окципитална артерија).
- Визуелни знаци:
 - Заматен вид, скотоми.
 - Диплопија
 - При офталмоскопија, оток и бледило на оптичкиот нерв може да се забележат ако лезијата е во антериорниот дел на нервот.
 - Крвавење и бледило на ретината во случај на оклузија.
- При синдром на аортниот лак: асиметричен пулс, или отсуство на пулс, притисочен градиент помеѓу горните екстремитети, шумови во големите артерии.
- Инфламација на аортата може да доведе до аортна дилатација, формирање на аневризма и аортна регургитација.

ДИЈАГНОЗА

- СЕ (седиментација на еритроцитите) вообичаено е забрзана, најмалку >40 мм/час, често >100 мм/час (нормална е кај 1-2% од пациентите). СЕ е добар скрининг тест при сомнеж за темпорален артеритис како причина за главоболка.
- ЦРП (Ц реактивен протеин) во плазмата е значајно зголемен. ЦРП е позначаен индикатор на болест отколку СЕ.
- Лесна до умерена нормоцитна анемија како и тромбоцитоза се чести.
- Алкалната фосфатаза во плазмата може да биде зголемена.

Биопсија на темпоралната артерија

- Биопсија на темпоралната артерија е амбулантска процедура која бара претходна обука.

- Биопсијата треба да биде земена од делот од артеријата со најмногу патолошки промени. Бидејќи промените во артерискиот ѕид се сегментни, се препорачува да се земе доволно долг сегмент (должина од 2-3 цм) од артеријата за испитување.
- Биопсијата може да покаже промени на крвните садови дури и кај пациенти кои немаат главоболки и кај кои темпоралната артерија не е осетлива на палпација.
- Доколку клиничките знаци силно сугерираат на дијагнозата, негативната биопсија не ја исклучува дијагнозата, но би требало да се размисли за биопсија од спротивната страна.
- Во случај на тешки симптоми, како нарушување на видот, третманот се почнува пред биопсијата, која би требало да се направи во првите неколку дена. Но, двонеделен третман со гликокортикоиди, нема значајно да ја загрози интерпретацијата на биопсијата.

Визуелизација (Imaging)

- Колор доплер ултрасонографија може да ги открие инфламираните регии во артерискиот ѕид. Ова испитување може да е корисно за локализирање на погодно место за биопсија, но бара големо искуство.
- Снимање со магнетна резонанца МР ангио, снимање со компјутер, КТ ангио, како и ПЕТ (позитрон емисиона томографија) снимање, се корисни методи при сомнеж за инфламација на аортата и нејзините главни гранки. Во овој случај наодот од биопсијата на темпоралната артерија може да биде негативн кај дури 40% од пациентите.

ТЕРАПИЈА

- Гликокортикоиди се лек од избор, вообичаено преднизолон. Иницијалната доза е 40-80 мг/дневно. Високи дози, пр. Метилпреднизолон 1 грам и.в., три последователни дена, се дава особено ако пациентот има нарушувања во видот.
- Третманот со гликокортикоиди се комбинира со мали дози аспирин, во отсуство на контраиндикации, во цел на превенција на тромбоза.
- Симптомите се ублажуваат и лабораториските наоди се нормализираат во текот на неколку седмици и дозата на преднизолонот постепено се намалува. Главоболката се намалува во текот на денови. Повремените и парцијалните нарушувања во видот често исчезнуваат, тоталниот губиток на видот е иреверзибилен. Воспалителните промени во артерискиот ѕид побавно се повлекуваат.
- Дозата на одржување на преднизолонот зависи од клиничкиот одговор и од лабораториските наоди. Дозата постепено се намалува, така што секојдневната доза помала од 10 мг се применува најмалку 3 месеци. Вкупното траење на лекувањето е просечно околу 1 ½ година, но некои пациенти имаат хронична или повторувачка болест и побаруваат гликокортикоиди неколку години, дури и постојано.
- Ако одговорот на КС-ната терапија е слаб или, пак, лекот му штети на пациентот (остеопороза, дијабет), може да се додаде methotrexate или azathioprine. Methotrexate ја намалува потребата од голема доза на преднизон(нд-С).
- Улогата на биолошките лекови во третманот на болеста е сеуште нејасна. Инхибиција на интерлеукин-6 со tocilizumab се покажала како најветувачки пристап.

Превенцијанаглюкокортикоидно-индуцираниспоредниефекти

- Повозрасните пациенти на долготрајна КС-на терапија се изложени на компликации, предизвикани од терапијата. Затоа, дијагнозата на темпорален артеритис треба внимателно да се потврди, вклучувајќи и биопсија.
- Профилаксата на остеопороза започнува со одлуката за започнување на лекувањето со гликокортикоиди. Доволен внес на калциум и витамин D, мора секогаш да биде загарантиран, и често е неопходно почнување на терапија со бисфосфонати или некој друг анти-оспеопоротичен медикамент исто така.

ПРОГНОЗА

- Инфламаторниот процес на артериите често се стишува во текот на месеци или години, но релапси се јавуваат дури и после многу години.
- При намалување или прекинување на кортикостероидната терапија може да се јави нагло влошување на клиничката слика.
- Важно е лекарот кој го третира пациентот да ја познава болеста, инаку симптомите може да се припишат на артериосклероза.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Клинички упатства

- Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC et al. EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009;68(3):318-23. «PMID: 18413441»PubMed
- Dasgupta B, Borg FA, Hassan N et al. BSR and BHRP guidelines for the management of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(8):1594-7. «PMID: 20371504»PubMed

Други интернет извори

- Giant cell arteritis. Orphanet ORPHA397

ЛИТЕРАТУРА

Clinical practice reviews

- Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008 Jul 19;372(9634):234-45. «PMID: 18640460»PubMed
- Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med* 2002 Jul 25;347(4):261-71. «PMID: 12140303»PubMed

Other literature

- Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2012;71(4):484-92. «PMID: 22388996»PubMed
- Jover JA, Hernández-García C, Morado IC, Vargas E, Bañares A, Fernández-Gutiérrez B. Combined treatment of giant-cell arteritis with methotrexate and prednisone. a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2001 Jan 16;134(2):106-14. «PMID: 11177313»PubMed
- Weyand MC, Goronzy JJ. Medium- and large-vessel vasculitis. Weyand CM, Goronzy JJ. Medium- and large-vessel vasculitis. *N Engl J Med* 2003 Jul 10;349(2):160-9. «PMID: 12853590»PubMed

Последен пат прегледано за ажурирање на 10.2.2014 • Последна промена 10.2.2014

Article ID: ebm00789 (021.046)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 10.2.2014, <http://www.ebm-guidelines.com>,**
2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2019 година.**

**Упатството го ажурираше Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор Проф д-р Катица Зафировска**