

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 и 43/14), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**

**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ОД  
ОБЛАСТА НА РЕВМАТОЛОГИЈАТА И НА ОФТАЛМОЛОГИЈАТА ПРИ  
ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА  
РЕВМАТИКА**

**Член 1**

Со ова упатство за практикување на медицина заснована на докази се пропишува медицинското згрижување при постоење на темпорален (гигантоклеточен) артеритис и полимијалгија ревматика.

**Член 2**

Начинот на третман на 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 згрижување на 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 од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-2905/1  
12 март 2014 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕУМАТИКА

МБД Упатство  
27.08.2009

- Основни податоци
- Општо
- Епидемиологија
- Симптоми
- Клинички знаци
- Лабораториски карактеристики
- Дијагноза на ревматска полимијалгија
- Потврда на гигантоклеточен артеритис со биопсија
- Третман
- Прогноза
- Поврзани извори

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Да се има предвид можноста темпоралниот артеритис како причина за главоболка, визуелни нарушувања и нарушувања во мозочната циркулација.
- Треба да се превенираат сериозни компликации, како што е губиток на видот.
- Помеѓу големиот број на болни кои имаат болка, треба да се идентификуваат оние пациенти кај кои терапија со мали дози на кортикостериди ќе доведе до повлекување на симптомите.

### ОПШТО

- Гигантоклеточниот артеритис претставува воспаление на сидот на големи и средно големи артерии. Најчесто ја зафаќа каротидната артерија и екстракранијалните гранки на внатрешната каротидна артерија.
- Ревматската полимијалгија се карактеризира со мускулна болка и вкочанетост.
- Барем 50% од пациентите со темпорален артеритис, за време на некоја фаза од заболувањето имаат ревматска полимијалгија. Кај 15-30% од пациентите со ревматска полимијалгија се манифестира и темпорален артеритис.
- Болеста може да започне наеднаш, но најчесто симптомите се развиваат постепено за време на неколку седмици.
- 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.
- Инциденцата на ревматската полимијалгија е приближно 500 случаи на милион луѓе.
- Болеста се јавува најчесто кај жени. Таа е речиси ексклузивно застапена кај пациенти на возраст повеќе од 50 години. Пикот на инциденцата е околу 70-та година.

## СИМПТОМИ

- **Главни**
  - Замор.
  - Губиток на тежина, намален апетит.
  - Температура.
  - Депресија.
- **Симптоми на темпорален артеритис**
  - Силна главоболка, локализирана во една или во двете слепоочници, удирање или понекогаш пулсирање, темпорална осетливост на скалпот.
  - Масетерна клаудикација (болка во вилицата, провоцирана при цвакање, вкочанетост на масетерните мускули), болка во мускулите на јазикот и фаринксот. 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 клаудикација на горните екстремитети.
  - Клаудикација на долните екстремитети, стомачна болка (интестинална исхемија), ангина пекторис и миокарден инфаркт.
- **Симптоми на полимијалгија ревматика:**
  - Симетрична болка и вкочанетост во вратот, рамената, рацете, лумбалната регија и пелвичниот појас во траење повеќе од 1 месец. Болката се засилува во текот на ноќта и наутро, асоцирана е со утринска вкочанетост.
  - Појавата е обично акутна: пациентот може со сигурност да каже точно кој ден почнале симптомите.

## КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ

### Темпорален артеритис

- Оток, болка и појава на чворчиња, слаб или отсутен пулс на темпоралната артерија или друга суперфицијална артерија на главата (фацијална или окципитална артерија).
- Знаци од страна на видот:
  - Заматен вид, скотоми.
  - Окуларна пареза, интернуклеарна офталмоплегија.
  - При офталмоскопија, оток и бледило на оптичкиот нерв може да се забележат ако лезијата е во anteriорниот дел на нервот.
  - Крвавење и бледило на ретината во случај на оклузија.

### Полимијалгија ревматика

- Рестрикција на движењата во раменскиот појас: абдукција, не е можна во хоризонтална рамнина.
- Нема болни точки како кај фибромијалгијата, но може да има болна осетливост при палпација на надлактиците.
- Кај некои случаи има артритиси кои личат на ревматоиден артритис. Кај постари пациенти, ревматоидниот артритис може да има полимијалгичен почеток.

## ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- СЕ е забрзана најмалку 40 мм/час, често >100 мм/час (останува со нормални вредности кај 1-2 % од пациентите).
- СЕ е добар скрининг тест кога се сомневаме на полимијалгија реуматика како причина за мускулоскелетна болка или на темпорален артеритис како причина на главоболка.
- Серумскиот CRP е значајно покачен.
- Умерена или лесна нормоцитна анемија и тромбоцитоза се чести.
- Серумската алкална фосфатаза може да е покачена.
- Реуматоидниот фактор обично е негативен. Креатинин киназа вредностите се нормални.

## ДИЈАГНОЗА НА ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕУМАТИКА

- Дијагнозата се базира на клиничките знаци: типична клиничка слика, зголемена СЕ (>40 мм/т), брз субјективен одговор на преднисолоне (10-20 мг/дневно) во рок од три дена.
- Диференцијална дијагноза: фибромијалгија, вирусна мијалгија, ревматоиден артритис, полимиозитис, остеоартритис, мултипен миелом, депресија, хипотиреоза, инфективни заболувања, малигни тумори.

## ПОТВРДУВАЊЕ НА ДИЈАГНОЗАТА СО БИОПСИЈА

- Биопсијата е амбулантска процедура која бара претходна обука. Биопсијата треба да биде земена од делот од артеријата со најмногу патолошки промени. Артеритисот е сегментен и е можно да нема промени во артеријата од каде е земена биопсијата. Затоа се препорачува да се земе должина од 2-3 цм артерија 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. Ако клиничките знаци силно сугерираат на дијагнозата, негативната биопсија не ја исклучува дијагнозата.
- Колор доплер ултрасонографија може да ги открие инфламираните регии во артерискиот сид. Ова испитување може да е корисно за локализирање на погодно место за биопсија, но бара големо искуство.
- Во случај на тешки симптоми, како визуелни нарушувања, терапијата се почнува пред биопсијата, иако таа треба да се направи преферабилно во првите неколку дена. Терапија во траење од 2 седмици со кортикостероиди нема значајно да ја загрози интерпретацијата на биопсијата.

## ТЕРАПИЈА

### Темпорален артеритис

- Кортикостериди, обично преднизон. Иницијална доза е 40-80 мг/дневно. Ако пациентот има нарушувања во видот, треба да се применат високи дози на метилпреднизолон - 1 грам и.в во три последователни дена. Високите дози на КС се комбинираат со аспирин за превенција на тромбоза.
- Симптомите се ублажуваат и лабораториските наоди се нормализираат во текот на неколку седмици и дозата на преднизонот 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 сид побавно се повлекуваат.
- Дозата на одржување на преднизолонот зависи од клиничкиот одговор и од лабораториските наоди. Обично се движи помеѓу 5-10 мг/дневно. Секоја дневна доза > 10 мг се применува најмалку 3 месеци. Вкупното траење на лекувањето е околу 1 ½ година.
- 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 (ннд-С).

## **Полимијалгија реуматика**

- Болеста може да е самолимитирачка, па затоа многу благи случаи минуваат недијагностицирани.
- Симптомите се повлекуваат со кортикостероиди во текот на неколку дена.
  - Неопходно е да се дадат кај тие пациенти кои имаат артеритис и им се закануваат тешки компликации (губиток на видот и др).
  - Prednisolone се дава во период од еден месец во доза од 10-20 мг. дневно, во зависност од тежината на заболувањето. Симптомите треба да исчезнат за 3-5 дена. Ако симптомите перзистираат, дијагнозата треба да се ревидира.
  - По еден месец, дозата на преднизонот треба да се намалува постепено, во зависност од симптомите и од седиментацијата.
  - Дозата на преднизонот се намалува за 2,5 мг. месечно. Дозата на одржување изнесува 5-7,5 мг. дневно.
  - Кај темпоралниот артеритис се дава многу повисока доза на кортикостероиди и третманот трае подолго време.
  - Третманот најчесто трае (6)-12-24 месеци. Кај некои пациенти кортикостероидната терапија е потребно да се дава и неколку години. Кортикостероидите ги отстрануваат симптомите бргу, но не го скратуваат времетраењето на болеста.
- Ако со третманот се прекине прерано и настане повторно реактивација на болеста, реинституција на кортикостероидите ќе има поволен ефект.

## **ПРЕВЕНЦИЈА НА ГЛУКОКОРТИКОИДНО-ИНДУЦИРАНИ СПОРЕДНИ ЕФЕКТИ**

- Повозрасните пациенти на долготрајна КС-на терапија се изложени на компликации, предизвикани од терапијата. Затоа, дијагнозата на темпорален артеритис внимателно треба да се поставува, вклучувајќи и потврда со биопсија.
- Профилаксата на остеопороза започнува со одлуката за започнување на лекувањето со кортикостероиди: доволен внес на калциум и витамин D, започнување на терапија со бисфосфонати или raloxifen.

## **ПРОГНОЗА**

- Инфламаторниот процес на артериите често се стишува во текот на месеци или години, но релапсите се јавуваат, исто така, по многу години. Терапијата се спроведува во долг период, од 1 до 2 години.
- Двете заболувања имаат тенденција кон релапси. Пациентите се способни самите да ги идентификуваат симптомите и да побараат помош.
- 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 препишат на артериосклероза.

## **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

- **Клинички упатства**
- **Други интернет извори**
- **Литература**

## **РЕФЕРЕНЦИ**

1. BSR and BHRP guidelines for the management of polymyalgia rheumatica<sup>1</sup>
2. Giant cell arteritis. Orphanet ORPHA3972
3. Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. Lancet 2008 Jul 19; 372(9634): 234-45. **PubMed**

4. 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. **PubMed**
5. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004 Oct; 18(5): 705-22. **PubMed**
6. 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. **PubMed**
7. Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, Barraclough K, Bourke B, Fulcher J, Hollywood J, Hutchings A, Kyle V, Nott J, Power M, Samanta A, BSR and BHPR Standards, Guidelines and Audit Working Group. BSR and BHPR guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)* 2010 Jan; 49(1): 186-90. **PubMed**
8. 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. **PubMed**
9. 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. **PubMed**

1. **EBM Guidelines, 27.08.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до 2014 година.**