

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

## **У П А Т С Т В О**

### **ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕВМАТИКА**

#### **Член 1**

Со ова упатство за практикување на медицината, 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 објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9349/2

30 ноември 2013 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## ТЕМПОРАЛЕН (ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН) АРТЕРИТИС И ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕВМАТИКА

МЗД упатство  
27.08.2009

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

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Да се има предвид можноста за постоење на темпорален артеритис како причина за главоболка, нарушувања на видот и нарушувања во циркулацијата на мозокот.
- Треба да се превенираат сериозни компликации, како што е губитокот на видот.
- Помеѓу големиот број болни кои имаат болка, треба да се идентификуваат оние кај кои терапијата со мали дози на кортикостероиди ќе доведе до повлекување на симптомите.

### ОПШТО

- Гигантскоклеточниот артеритис претставува воспаление на ѕидот на големи и средно големи артерии; најчесто се зафатени 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 на 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 во текот од неколку седмици.
- Болеста мора да се дијагностицира и да се третира бргу заради нарушувањата во видот. Најчесто, нарушувањата во видот се предизвикани од воспаление и последователна исхемија во артерија офталмика и 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 исклучиво застапена кај пациенти на возраст повеќе од 50 години. Врвот на инциденцата е околу 70 години.

## СИМПТОМИ

- **Општи:**
  - Замор.
  - Губиток на тежина, намален апетит.
  - Температура.
  - Депресија.
- **Симптоми на темпорален артеритис:**
  - Силна главоболка, локализирана во едната или во двете слепоочници, удирање или понекогаш пулсирање, темпорална осетливост на скалпот.
  - Масетерна клаудикација (болка во вилицата, провоцирана од цвакање, вкочанетост на масетерните мускули), болка во мускулите на јазикот и фаринксот. Може да се развие гангрена на јазикот.
  - Нарушувања во видот: делумен или потполн, повремени или траен губиток на видот на едното или на двете очи, двојно гледање, светликаво замаглување, скотоми, кортикално слепило (повремени нарушувања кои личат на amaurosis fugax и на мигрена).
  - Губиток на слухот, вртоглавица и зуење во ушите.
  - 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, лумбална регија и пелвичниот појас во траење повеќе од еден месец. Болката се засилува во текот на ноќта и наутро е асоцирана со утринска вкочанетост.
  - Појавата е обично акутна: пациентот може со сигурност да каже точно кој ден започнале симптомите.

## КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ

### Темпорален артеритис

- Оток, болка, појава на јазли, слаб или отсутен пулс на темпоралната артерија или друга специјална артерија (фацијална или окципитална артерија).
- Промени на видот:
  - Замаглен вид, скотоми.
  - Очна пареза, интернуклеарна офталмоплегија.
  - Ако лезијата го зафаќа предниот дел од нервот, офталмоскопски може да се види оток и бледило на оптичкиот нерв.
  - Крвавење и бледило на ретината во случај на оклузија.

### Полимијалгија ревматика

- Рестрикција на движењата во рамениот 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 артритии кои личат на ревматоиден артритис. Кај постари пациенти, ревматоидниот артритис може да има полимијалгичен почеток.

## ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Седиментацијата на еритроцитите (СЕ) е обично забрзана најмалку 40 mm/час, често >100 mm/час (останува со нормални вредности кај 1-2 % од пациентите).
- Седиментацијата на еритроцитите е добар скрининг тест кога се сомневаме за полимијалгија ревматика како причина за мускулоскелетна болка или за темпорален артеритис како причина за главоболка.
- Серумскиот CRP е значајно покачен.
- Умерена или лесна нормоцитна анемија или тромбоцитоза се чести.
- Може да биде покачена серумската алкална фосфатаза.

*Ревматоидниот фактор, обично, е негативен. Вредностите на креатинин киназата се нормални.*

## ДИЈАГНОЗА НА ПОЛИМИЈАЛГИЈА РЕВМАТИКА

- Дијагнозата се засновува на клиничките знаци: типична клиничка слика, забрзана СЕ (>40 mm/t), брз субјективен одговор на преднизолон (10-20 mg/ден) во текот на 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 може да нема промени на артеријата од каде е земен биопсичниот материјал. Затоа, се препорачува за испитување да се земе артерија во должина од 2-3 cm. 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 ултрасонографијата може да ги открие инфламираните регии во артерискиот ѕид. Ова испитување може да биде корисно за локализирање на погодното место за биопсија, но тоа бара големо искуство.
- Во случај на тешки симптоми, како нарушувања во видот, терапијата се почнува пред биопсијата, иако таа се претпочита да се направи во првите неколку дена. Терапија со кортикостероиди во траење од 2 седмици нема значајно да го загрози толкувањето на биопсијата.

## ТЕРАПИЈА

### Темпорален артеритис

- Се применува кортикостероидна (КС) терапија, обично преднизон. Почетната доза е 40-80mg/ден. Ако пациентот има нарушување во видот, треба да се применат високи дози на метилпреднизолон - 1 грам i.v 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 неколку дена. Повремените и делумни нарушувања на видот често исчезнуваат, потполниот губиток на видот е неповратен. Воспалителните промени во артерискиот ѕид побавно се повлекуваат.

- Дозата на одржување на преднизолонот зависи од клиничкиот одговор и од лабораториските наоди. Обично се движи помеѓу 5-10 mg/дневно. Секоја дневна доза > 10 mg се применува најмалку 3 месеци. Вкупното траење на лекувањето е околу 1 ½ година.
- Ако одговорот на кортикостероидната терапија е слаб или, пак, лекот му штети на пациентот (остеопороза, дијабетес), може да се додаде во терапијата methotrexate или azathioprine. Methotrexate ја намалува потребата од голема доза на преднизон (ннд<sup>1</sup>-С).

### **Полимијалгија ревматика**

- Болеста може да е самоограничувачка, па затоа, многу поблаги случаи поминуваат недијагностицирани.
- Симптомите се повлекуваат со кортикостероиди во текот на неколку дена.
  - Неопходно е да се дадат кај оние пациенти кои имаат артеритис и им се закануваат тешки компликации (губиток на видот и др.).
  - Преднизолон се дава во период од еден месец во доза од 10-20 mg. 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 на еритроцитите.
  - Дозата на преднизонот се намалува за 2.5 mg месечно. Дозата на одржување изнесува 5-7.5 mg дневно.
  - Кај темпоралниот артеритис се дава многу повисока доза на КС и третманот трае подолго време.
  - Третманот најчесто трае (6)-12-24 месеци. Кај некои пациенти кортикостероидната терапија треба 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 повторна активација на болеста, поволен ефект ќе има повторното вклучување на кортикостероидите во терапијата.

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

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

---

<sup>1</sup> Ннд - ниво на доказ.

## РЕФЕРЕНЦИ

1. BSR and BHPR 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.
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, Hernandez-Garcia C, Morado IC, Vargas E, Banares A, Fernandez-Guiterrez 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.

1. **EBM guidelines, 27.08.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2014 година.**