

УДК 617.7:616.136–036–085

### Хвороба Такаюсу: клінічний випадок

О. О. Андрушкова, Т. М. Жмудь, Н. В. Малачкова, К. Ю. Гржимальська, Д. А. Яценко

Вінницький національний  
медичний університет ім.  
М. І. Пирогова; Вінниця (Україна)

E-mail: Gtatyana@email.ua

**Актуальність.** Хвороба Такаюсу — неспецифічне поліетіологічне аутоімунне захворювання з переважним ураженням магістральних судин (аорта та її гілки).

Найбільш характерними симптомами є ослаблення або відсутність пульсу на руках, порушення з боку центральної нервової системи (ЦНС) (оніміння, болі, парестезії рук, швидка втомлюваність, головокружіння, втрата свідомості, епілептиформні судоми, афазія, геміпарези). Очні симптоми при хворобі Такаюсу виникають тоді, коли вражаються супраортальні артерії, причому очна симптоматика буває ведучою в картині хвороби.

**Мета.** Опис очних проявів хвороби Такаюсу на прикладі клінічного випадку.  
**Матеріал і методи.** Візометрія, тонометрія, повне офтальмологічне обстеження, дуплексне сканування судин голови та шиї, магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку.

**Результати та висновок.** Приведений клінічний приклад показує важкість перебігу та неблагоприятний прогноз для зору та життя у таких хворих. Таким чином з'ясовано, що хвороба Такаюсу зустрічається у чоловіків молодого віку, проявляється змінами очного яблука (набряк рогівки, мідріаз, катаракта, зміна калібру судин сітківки, її набряк та ішемія, порушення кровообігу в очній артерії).

**Ключові слова:** хвороба Такаюсу, аортоартеріїт.

**Актуальність.** Хвороба Такаюсу (неспецифічний аортоартеріїт, артеріїт Такаюсу) — неспецифічне аутоімунне захворювання з переважним ураженням магістральних судин (аорта та її гілки).

В 1908 році Такаюсу вперше зробив повідомлення про клінічні випадки даного захворювання, для визначення якого ввів термін «неспецифічний аортоартеріїт». Хвороба зустрічається у 2,4 випадках на 1 млн населення. Частіше хворіють жінки до 40 років. В останні роки відмічається тенденція до збільшення частоти даного захворювання [1].

Етіологія неспецифічного аортоартеріїту остаточно не з'ясована. Основним збудником раніше вважалась бацила Коха, що підтверджувалось виявленням хвороби Такаюсу у людей з тою чи іншою формою туберкульозу. В подальшому висловлювались думки про можливу роль у виникненні даного захворювання ревматоїдного артрити. В даний час вважається, що неспецифічний аортоартеріїт — це аутоімунне захворювання, яке виникає в результаті зміни реактивності організму до різних зовнішніх та внутрішніх подразників, контактів з побутовими та професійними алергенами, що веде до ураження великих артерій. Панартеріїт характеризується інфільтрацією дендритними клітинами, Т-клітинами, натуральними кіллерами, макрофа-

гами. Хронічне запалення судин веде до утворення аневризм, стенозів та тромбозів. Пізні стадії характеризуються проліферацією інтими та високою частотою розвитку атеросклерозу, некрозом та вогнищевим розвитком рубцевих змін, фіброзом адвентиції.

Патоморфологічна картина відповідає такій як при системних імунних захворюваннях сполучної тканини. При аортоартеріїті морфологічна картина зумовлена стадією захворювання (від фази гострого запалення до рубцювання). При аортоартеріїті виділяють 4 типи враження в залежності від анатомічної локалізації втягнутих в патологічний процес артерій: артеріїт дуги аорти та її крупних гілок, артеріїт з ураженням торакоабдомінального відділу аорти, артеріїт з ураженням всієї аорти, артеріїт з враженням легеневої артерії. На відміну від інших системних васкулітів для артеріїту Такаюсу (АТ) нехарактерний розвиток фіброзного некрозу. Звуження коронарних артерій при АТ зазвичай спостерігається в області устя часто з враженням лівої головної коронарної артерії. В легневих артеріях розвивається стеноз

із реканалізацією або без неї. Післязапальне ущільнення інтими аорти призводить до розвитку важкого вторинного атеросклерозу.

**Клінічна картина.** Найбільш характерними симптомами є ослаблення або відсутність пульсу на руках, порушення з боку ЦНС (оніміння, болі, парестезії рук, швидка втомлюваність, головокружіння, втрата свідомості, епілептиформні судоми, афазія, геміпарези).

Ураження органа зору. Очні симптоми при артерії Такаюсу виникають тоді, коли вражаються супрааортальні артерії, причому очна симптоматика буває ведучою в картині хвороби. Хворі скаржаться на болі в очах і поступове зниження гостроти зору. На очному дні відмічається нерівномірне звуження артерій, розширення вен, набряк сітківки, тромбоз окремих венозних гілочок, геморагії. В деяких випадках спостерігаються артеріовенозні анастомози і новоутворені судини. Пізня стадія характеризується розвитком проліферативного ретиніту. Можливі і зміни в передньому відділі ока: дегенерація рогівки, катаракта. Інколи відмічається звуження очної щілини та птоз.

**Лікування** здійснюється шляхом пригнічення запалення кортикостероїдами (преднізолон). Пацієнтам, у яких захворювання стійке до глюкокортикоїдів призначають імуносупресори (метотрексат, циклоспорин, циклофосфамід, імуран). Важливо слідкувати за артеріальним тиском (ризик розвитку гіпертензії).

**Прогноз.** Довгий час стан хворих залишається задовільним в зв'язку з розвитком колатерального кровообігу. Прогноз погіршується, якщо уражені сітківка і аорта, розвивається аневризма. Найбільш частими причинами смерті є інсульт, інфаркт міокарду, розрив аневризми аорти.

В літературі зустрічаються поодинокі повідомлення щодо очних проявів хвороби Такаюсу.

Тому **метою** дослідження було вивчення очних проявів хвороби Такаюсу на прикладі клінічного випадку.

### Матеріал і методи

Під спостереженням знаходився хворий М. 46 років. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє аортоартеріїтом (хворобою Такаюсу) протягом 9 років, з приводу чого переніс ампутацію двох нижніх кінцівок до середньої третини стегна. Хворому були проведені загальноклінічні дослідження, візометрія, тонометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, периметрія, фотореєстрація переднього відділу ока. Додаткові обстеження: консультація судинного хірурга, гематолога, ревматолога, невролога, МРТ головного мозку, доплерографія судин шиї та голови.

### Результати спостереження

Хворий М., 46 років звернувся в обласний очний травматологічний центр (ургентно) зі скаргами на сильні, нестерпні болі в обох очах, що виникли раптово, почервоніння очей та відсутність зору.

З анамнезу відомо, що хворий страждає на неспецифічний аортоартеріїт, оклюзію артерій передпліччя, стеноз правої сонної артерії з 2000 року. У 2007 та 2008 роках були проведені ампутації нижніх кінцівок.

Об'єктивний статус: загальний стан хворого середнього ступеня важкості, свідомість потьмарена, положення у ліжку вимушене. Шкірні покриви вологі, при аускультатії легень везикулярне дихання. Пульс на променевих артеріях не визначається, артеріальний тиск 110/70 мм рт ст, тони серця приглушені, акцент другого тону над аортою. Живіт м'який, безболісний. При огляді ніг — ампутаційна культия верхньої третини обох стегон.

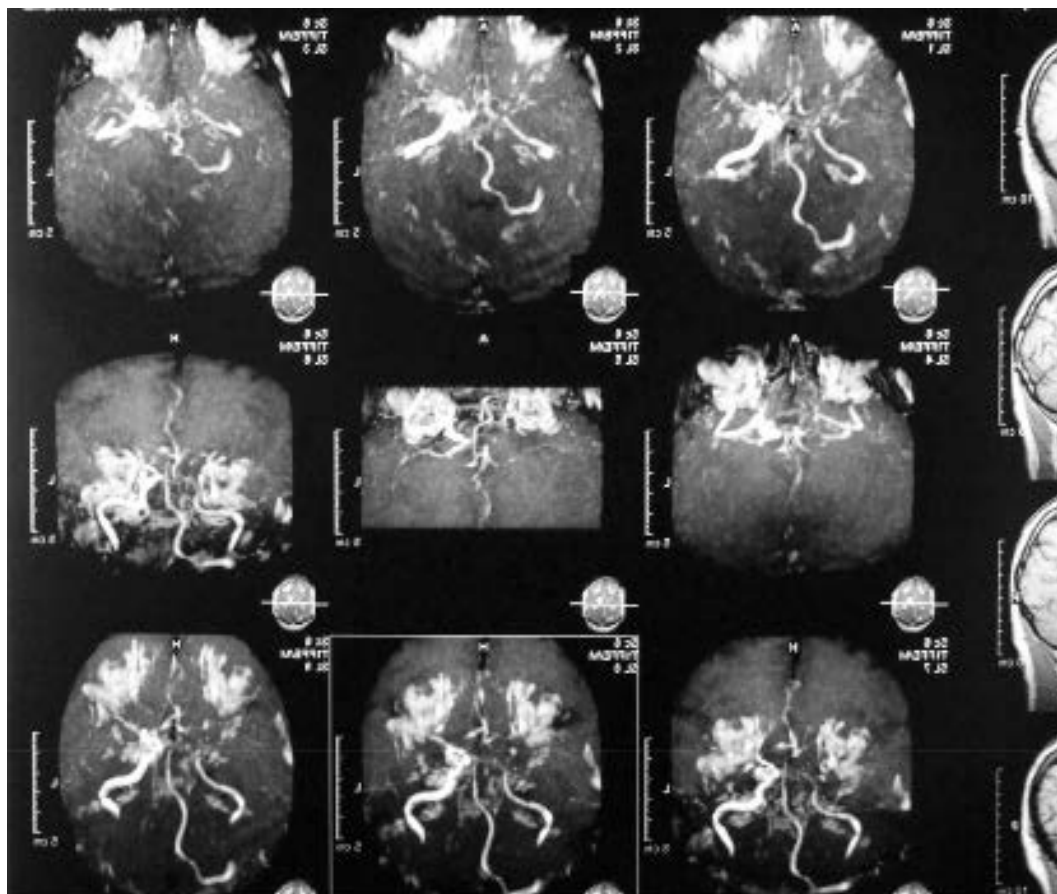
**Status oculorum.** Праве око — гострота зору рахунок пальців біля обличчя. Внутрішньоочний тиск (ВОТ) 13 мм рт ст. Оточуючі орбіту частини обличчя без патологічних змін, очна щілина звичайної ширини, відмічається розширення і звивистість венозних судин бульбарної кон'юнктиви. Рогівка прозора, передня камера середньої глибини, її волога прозора, мідріаз, у кришталику центральне помутніння. На очному дні диск зорового нерва (ДЗН) блідий з чіткими межами, артерії різко звужені, вени розширені.

Ліве око — гострота зору світловідчуття з неправильною світлопроекцією. ВОТ 13 мм рт ст. Оточуючі орбіту частини обличчя без патологічних змін, очна щілина звужена, ін'єкція венозних судин кон'юнктиви повік та очного яблука. Рогівка набрякла, тьмяна, має вигляд мозаїки. Передня камера середньої глибини, мідріаз. Очне дно не офтальмоскопується (фото 1).

Додаткові методи обстеження: загальний аналіз крові — без патологічних змін, загальний аналіз сечі — без патологічних змін, Час згортання крові за Дюке 3'30" — не змінений. Електрокардіографія — ритм синусовий, регулярний, частота серцевих ско-



Фото 1. Стан переднього відділу ока



**Фото 2.** МРТ головного мозку в судинному режимі

рочень 62 уд/хв. Нормальне положення електричної осі серця, гіпертрофія лівого шлуночка.

Дуплексне сканування судин голови та шиї — швидкість кровотоку в очній артерії з обох сторін значно знижена. Діаметр загальних сонних артерій у межах норми, ендотелій значно потовщений, негомогенний з кальцієвими відкладеннями. Наявні множинні атеросклеротичні бляшки у правій загальній та правій внутрішній сонних артеріях. Кровотік у правій внутрішній сонній артерії уповільнений у дистальній частині (дистальний стеноз). Діаметр лівої вертебральної артерії 3,4 мм без ознак кровотоку. Кровотік у внутрішній сонній та правій хребтовій артерії сповільнений. **Заключення:** УЗ — ознаки вираженого атеросклеротичного ураження брахіоцеребральних судин.

МРТ головного мозку — на серії томографічних зрізів в аксіальній, сагітальній, фронтальній проєкціях структури середньої лінії не змінені, шлуночкова система не розширена, хіазмально-селлярна ділянка без змін, перивентрикулярно та субкортикально наявні множинні інтенсивні вогнища, краніовертебральний перехід без змін, орбітальні конуси без змін, параназальні синуси вільні. На магнітно-резонансній ангиограмі судинний малю-

нок збіднений, різке зниження МР-сигналу правої сонної артерії, вертебральні артерії подовжені, сигнал вертебральних та комунікативних артерій знижений, більше зліва. **Заключення:** дисциркуляторна енцефалопатія, виражені явища вертебробазилярної недостатності (фото 2).

**Консультація судинного хірурга:** неспецифічний аортоартеріт, оклюзія артерій передпліччя, стеноз правої сонної артерії, дисциркуляторна енцефалопатія.

**Консультація невролога:** хронічна ішемія мозку II ст, дисциркуляторна енцефалопатія II ст.

**Консультація гематолога:** клініко-гематологічних даних, які свідчать про патологію системи крові, не знайдено.

Лікування узгоджено з консультантами: антикоагулянти непрямої дії, протиішемічні, протизапальні та препарати, що покращують кровообіг в мілких судинах (диклофенак натрію № 5 в/м 1 раз в день, актовегін № 10 в/в 1 р/д, трентал № 5 в/в 1 р/д, синкумар 0,5 табл. 1 р/д, аспірин кардіо 1 таб 1р/д).

Місцеве лікування включало: дексаметазон 0,4 % по 0,5 мл під кон'юнктиву 1 р/д, інстиляції дексаметазону 0,1 % по 1 кр 4 р/д, корнерегель по 1 кр 4р/д, глюкоза 20 % по 1 кр 4р/д.

В результаті проведеного лікування зник больовий синдром, зменшилась ін'єкція судин кон'юнктиви, відновились прозорість рогівки, однак через порушення кровообігу в очній артерії на лівому оці зір залишився на рівні світловідчуття. Праве око — без змін. Подальше спостереження за хворим показало прогресування катаракти на правому оці. На жаль, через один рік спостереження пацієнт помер від інфаркту міокарду.

### Література

1. Комаров Ф. И., Нестеров А. П., Марголис М. Г., Бровкина А. Ф. Патология органа зрения при общих заболеваниях. — М.: «Медицина», 1982. — 283 с.
2. Федоров С. Н., Климова Т. Л., Богатырев Ю. В. Диагностическое значение тонографии при окклюзирующих процессах в сонных артериях // Вестник офтальмологии. — 1975. — № 2. — С. 11–15.

### Болезнь Такаюсу: клинический случай

О. А. Андрушкова, Т. М. Жмудь, Н. В. Малачкова, К. Ю. Грижимальская, Д. А. Яценко

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова; Винница (Украина)

**Актуальность.** Болезнь Такаюсу — неспецифическое полиэтиологическое аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением магистральных сосудов (аорта и ее ветви).

Наиболее характерными симптомами являются ослабление или отсутствие пульса на руках, нарушение ЦНС (онемение, боли, парестезии рук, быстрая утомляемость, головокружение, потеря сознания, эпилептиформные судороги, афазия, гемипарезы). Глазные симптомы при болезни Такаюсу возникают тогда, когда поражаются супрааортальные артерии, причем глазная симптоматика бывает ведущей в картине болезни.

**Цель.** Описание глазных проявлений болезни Такаюсу на примере клинического случая.

### Висновок

Таким чином, з'ясовано, що хвороба Такаюсу зустрічається у чоловіків молодого віку, проявляється змінами очного яблука (набряк рогівки, мідриаз, катаракта, зміна калібру судин сітківки, її набряк та ішемія, порушення кровообігу в очній артерії). Приведений клінічний приклад показує важкість перебігу та неблагоприятний прогноз для зору та життя у таких хворих.

**Матеріал і методи.** Визометрія, тонометрія, повне офтальмологічне обстеження, дуплексне сканування судів голови і шиї, МРТ головного мозку.

**Результати.** Приведений клінічний випадок показує тяжкість течія захворювання і неблагоприятний прогноз як для зору, так і для життя.

**Заключення.** При хворобі Такаюсу можливі змінення переднього відділу ока: набряк роговиці, мідриаз, катаракта, а також змінення на главному дні, такі як нерівномірно звужені артерії, розширені вени, набряк сітчатки, її ішемія, порушення кровотоку в главному артерії.

**Ключеві слова:** хвороба Такаюсу, аортоартерит.

Поступила 25.01.2017