

Дубейко А.В.

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель: ст. преп. Шуляк Е.В.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Гигантоклеточный артериит (темпоральный артериит, болезнь Хортона) – гранулематозное воспаление аорты и её крупных ветвей с поражением экстракраниальных ветвей сонной артерии, преимущественно височной артерии. Заболевание развивается, как правило, хронически. Заболеваемость от 1 до 30 случаев на 100000 в год. Обычно встречается у пациентов старше 50 лет, женщины болеют чаще мужчин. Часто гигантоклеточный артериит протекает вместе с ревматической полимиалгией.

Цель: рассмотреть патогенетические аспекты и современную диагностику гигантоклеточного артериита, в том числе, на примере клинического случая.

Материалы и методы. Использовались современные научные данные литературы об этиологии и патогенезе гигантоклеточного артериита, его диагностике.

Проведен ретроспективный анализ карты пациента, который наблюдался в УЗ «32-я городская клиническая поликлиника» г. Минска. На момент изучения материалов, пациенту был выставлен диагноз височный артериит с ревматической полимиалгией. Подробно изучены жалобы, анамнез заболевания, результаты различных лабораторных (общий анализ крови, биохимический анализ крови) и инструментальных (ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий) методов. При проведении исследования соблюдались правила биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Результаты и их обсуждение. При гигантоклеточном артериите возникает аутоиммунное воспаление стенок крупных артерий с последующим их стенозом. Это приводит к атрофии и фиброзу органов и тканей, а значит и к снижению их функции. При образовании тромба с последующим его отрывом и закупоркой сосуда возникает острая артериальная недостаточность, развивается инфаркт ткани.

Далее рассмотрим клинический случай. Пациентке, 1949 года рождения, в 2022 г. был выставлен диагноз височный артериит с ревматической полимиалгией. Сопутствующий диагноз: атеросклероз аорты. Жалобы пациентки: головные боли в височной области, болезненность мышц в плечах, утомляемость, повышение температуры. При объективном обследовании: визуализируются извитые височные артерии, болезненность при касании кожи головы в височных областях, температура 37,4 С. По результатам лабораторных данных: лейкоцитоз – $13,61 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение скорости оседания эритроцитов – 31 мм/ч и повышение уровня С-реактивного белка – 46,2 мг/л. Проведено лечение: медрол, тоцилизумаб. При госпитализации в октябре 2023 года отмечалась положительная динамика, ремиссия процесса. Жалобы на периодическую усталость. По результатам лабораторных данных: лейкоциты – $4,18 \cdot 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов – 9 мм/ч, С-реактивный белок – 0,8 мг/л. Пациентка получила очередное введение тоцилизумаба. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии активного воспалительного процесса.

Выводы. Клинические проявления гигантоклеточного артериита зависят от того, какие артерии поражены. Окончательная верификация диагноза, особенно на ранних стадиях, является достаточно затруднительной из-за неспецифичности симптоматики. В рассмотренном клиническом случае диагноз был выставлен исходя из клинической картины и результатов лабораторных методов. Ремиссия процесса объясняется применением препаратов, которые прерывают основные звенья патогенеза. Эффект от иммуносупрессивной терапии также свидетельствует в пользу выставленного диагноза гигантоклеточного артериита.