

A.V. Дубейко

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭТИОПАТОГЕНЕЗА
РЕДКИХ ВАСКУЛИТОВ КРУПНЫХ СОСУДОВ С СИНДРОМОМ
ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ**

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

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.V. Dubeyko

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ETIOPATHOGENESIS
RARE VASCULITIS OF LARGE VESSELS WITH SUBCLAVIAN
EMBEZZLEMENT SYNDROME**

Tutor: senior lecturer K.V. Shuliak

Department of Pathological Physiology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе рассматриваются этиопатогенез васкулитов крупных сосудов с синдромом подключичного обкрадывания. Приведен анализ и сравнение клинических случаев патологий. Результаты работы определили важность проведения дифференциальной диагностики васкулитов крупных артерий и синдрома подключичного обкрадывания атеросклеротического генеза, так как они имеют различный патогенез, соответственно, отличаются в лечении.

Ключевые слова: васкулиты, атеросклероз, ревматология, кардиология, диагностика.

Resume. The paper considers the etiopathogenesis of large vascular vasculitis with subclavian embezzlement syndrome. The analysis and comparison of clinical cases of pathologies is given. The results of the work have determined the importance of differential diagnosis of vasculitis of large arteries and subclavian embezzlement syndrome of atherosclerotic origin, since they have different pathogenesis, respectively, differ in treatment.

Keywords: vasculitis, atherosclerosis, rheumatology, cardiology, diagnostics.

Актуальность. В современном мире с каждым годом все чаще пациенты обращаются с симптомами головных болей, слабости, головокружения, асимметрии артериального давления, изменения пульса к врачам различных специальностей. В таких ситуациях возникает проблема верификации диагноза с учетом существования редких васкулитов крупных сосудов и синдрома подключичного обкрадывания. По оценкам, на глобальном уровне распространенность среди взрослых людей головной боли (с клиническими проявлениями, по меньшей мере, один раз на протяжении последнего года) составляет около 50%. Качество и продолжительность жизни у пациентов с головными болями зависит от своевременности диагностики и лечения. Поэтому важно своевременно диагностировать васкулиты крупных сосудов и синдром подключичного обкрадывания, а также проводить дифференциальную диагностику между ними [4].

Васкулиты – гетерогенная группа заболеваний, которая характеризуется воспалением стенок сосудов различного типа и калибра. По калибру поражаемых сосудов выделяют васкулиты: крупных сосудов (неспецифический аортоартериит, гигантоклеточный артериит), средних сосудов (узелковый полиартериит, болезнь

Кавасаки), мелких сосудов (АНЦА-ассоциированные, иммунокомплексные) [1].

Неспецифический аортоартериит – ревматическое заболевание, которое проявляется системным воспалением стенки крупных артерий эластического типа. Как правило, процесс протекает первично хронически с возможными рецидивами. Этиология до конца не выяснена. Предполагается аутоиммунная природа данной патологии. К факторам риска можно отнести: генетическую предрасположенность, переохлаждение, вирусные и бактериальные инфекции, повышенное содержание эстрогенов в крови. Формируются гранулемы, состоящие из лимфоцитов, плазмоцитов и фибробластов. Затем гранулемы фиброзируются, вызывают пролиферацию эндотелия с дальнейшим стенозированием сосуда и возможностью тромбообразования. Это приводит к ишемии органов и тканей, тромбозам. Клинические проявления заболевания зависят от анатомического типа аортоартериита: ишемия и инфаркт миокарда, ишемия и инсульт головного мозга, снижение пульса на лучевой артерии, разница АД на руках, гипотрофия и слабость мышц рук, гипотрофия и болезненность мышц ног, перемежающаяся хромота [1,2].

Гигантоклеточный артериит – гранулематозное воспаление аорты и её крупных ветвей с поражением экстракраниальных ветвей сонной артерии, преимущественно височной артерии. Заболевание развивается, как правило, хронически. Часто гигантоклеточный артериит протекает вместе с ревматической полимиалгией. Вопрос об этиологии гигантоклеточного артериита до сих пор остается открытым. Считается, что данная патология имеет определённую генетическую предрасположенность. Также не исключена роль влияния факторов внешней среды (переохлаждение, инфекции). Выделяют целые группы возможных инфекционных агентов среди бактерий и вирусов, которые могут являться триггерами запуска патологического процесса, однако специфический возбудитель пока не найден. Как и для других ревматологических болезней, рассматривается аутоиммунная природа гигантоклеточного артериита [3]. Недостаточность мозгового кровообращения (цереброваскулярная недостаточность) может быть вызвано самыми разнообразными причинами. Одним из вариантов недостаточности мозгового кровообращения является синдром подключичного обкрадывания. Синдром подключичного обкрадывания (СПО) считается редкой патологией, однако современные исследования показывают, что истинная частота встречаемости данного заболевания гораздо выше. По статистике СПО чаще выявляется у мужчин. Сущность данного синдрома заключается в том, что выраженный стеноз начальных отделов подключичной артерии приводит к формированию ретроградного кровотока в позвоночной артерии. Вследствие этого, возникает ишемия головного мозга с вытекающей неврологической симптоматикой [5].

Цель: изучить и сравнить этиопатогенез редких васкулитов крупных сосудов и синдрома обкрадывания подключичной артерии с учетом схожих клинических проявлений на примере клинических случаев.

Задачи:

1. Выявить особенности этиопатогенеза неспецифического аортоартериита и гигантоклеточного артериита на примере клинических случаев.

2. Рассмотреть клинический случай пациента с синдромом подключичного обкрадывания.

3. Провести сравнение этиопатогенеза редких васкулитов крупных сосудов и синдрома подключичного обкрадывания.

Материалы и методы. Использовались современные научные данные литературы об этиологии и патогенезе неспецифического аортоартериита, гигантоклеточного артериита и синдрома подключичного обкрадывания.

Проведены ретроспективные анализы карт пациентов с диагнозами: неспецифический аортоартериит, височный артериит с ревматической полимиалгией, цереброваскулярная недостаточность на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии с церебрастеническим синдромом. Подробно изучены жалобы, анамнез заболевания, результаты различных лабораторных (общий анализ крови, биохимический анализ крови) и инструментальных (ЭХО-КГ, дуплексное исследование брахицефальных артерий) методов.

При проведении исследования соблюдались правила биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Результаты и их обсуждение. Рассмотрено два клинических случая неспецифического аортоартериита. В обоих случаях имеется неврологическая симптоматика (головокружение, головные боли), признаки общего воспаления (повышение температуры, лейкоцитоз, повышение СОЭ и уровня С-реактивного белка). Однако в первом случае более выражены изменения артерий (распространение процесса на подключичные, сонные артерии; большая степень стеноза), наличие объективной симптоматики (ослабление пульса, асимметрия АД). Это можно объяснить возрастом пациентки и более поздним выявлением заболевания, в отличие от второго случая. Во втором клиническом случае диагноз был поставлен еще на стадии малых проявлений, прежде чем сформируются более выраженные патологические изменения артерий.

Далее был рассмотрен клинический случай гигантоклеточного артериита с ревматической полимиалгией. Можем выделить общие черты неспецифического аортоартериита и гигантоклеточного артериита. Обе патологии не имеют четко выявленного этиологического фактора. Они схожи в патогенезе: под воздействием провоспалительных цитокинов и факторов роста развивается грануломатозная реакция (разновидность гиперчувствительности IV типа) с последующей гиперплазией стенки сосуда и облитерацией его просвета. Исходя из этого формируются общие клинические проявления: общие воспалительные (повышение температуры тела, слабость, лейкоцитоз, повышение СОЭ и уровня С-реактивного белка), ишемические (неврологическая симптоматика, головные боли). Однако разнообразие и характер проявлений зависят от того, какие артерии вовлечены в патологический процесс и какая степень их стеноза.

После чего был подробно изучен клинический случай пациента с синдромом подключичного обкрадывания атеросклеротического генеза. Васкулиты крупных артерий имеет схожую симптоматику и проявления с синдромом подключичного обкрадывания атеросклеротического генеза. Во всех случаях наблюдаются схожие

жалобы на головные боли. При неспецифическом аортоартериите (с поражением подключичных артерий (ПкА)), как и при синдроме подключичного обкрадывания, определяется асимметрия АД на верхних конечностях. Однако при СПО поражения ПкА носят односторонний характер, что подтверждается исследованием пульса на лучевых артериях и УЗИ-диагностикой. Так как синдром подключичного обкрадывания в рассмотренном клиническом случае вызван атеросклерозом брахицефальный артерий, то в крови определяются признаки дислипидемии. В отличие от этого, при васкулитах в крови выявляются признаки воспаления (лейкоцитоз, ускорение СОЭ и увеличение уровня С-реактивного белка).

Однако следует понимать, что, несмотря на возможное сходство клинической картины, патогенез васкулитов и атеросклероза различен. В связи с этим патогенетическое лечение данных заболеваний будет отличаться. Поэтому особенно важно проводить тщательную диагностику на ранних стадиях. Для этого необходимо учитывать факторы риска, анамнез жизни пациента, уточнять жалобы и выбирать наиболее эффективные лабораторные и инструментальные методы. Для дифференциальной диагностики можно использовать методы МРТ с целью установления морфологии стенозирующего компонента. Также необходимо учитывать, что васкулиты могут сочетаться с атеросклерозом артерий.

Выводы:

1. Васкулиты крупных сосудов являются редкими патологиями с невыясненной этиологией, клинические проявления которых могут быть сходными с клиническими проявлениями синдрома обкрадывания подключичной артерии.

2. В основе патогенеза васкулитов крупных артерий лежит аутоиммунное хроническое воспаление с грануломатозной реакцией (разновидность гиперчувствительности IV типа) и последующей гиперплазией стенки сосуда с облитерацией его просвета.

3. Для неспецифического аортоартериита и гигантоклеточного артериита характерны общие клинические проявления (общие воспалительные, ишемические), однако разнообразие и характер проявлений зависят от того, какие артерии вовлечены в патологический процесс и какая степень их стеноза.

4. Учитывая сходство клинической картины, необходимо проводить дифференциальную диагностику васкулитов крупных артерий и синдрома подключичного обкрадывания атеросклеротического генеза, так как они имеют различный патогенез, соответственно, отличаются в лечении.

Литература

1. Захарова, Е. В. Трудности диагностики системных васкулитов с вовлечением средних и крупных сосудов и поражением почек / Е. В. Захарова // Нефрология и диализ. – 2020. – № 1. – С. 108–130.
2. Клинический случай дебюта артериита Такаясу при первично выявленном инфаркте миокарда / Н. С. Быстрицкая [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 1. – С. 42.
3. Корой, П. В. Гигантоклеточный артериит / П. В. Корой // Вестник молодого ученого. – 2018. – № 3 (22). – С. 32–38.
4. Реабилитация пациентов с хроническими головными болями / А. С. Кадыков [и др.] //

УДК [61+615.1] (06)

ББК 5+52.81

А 43

ISBN 978-985-21-1865-1

Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2025

БГМУ, Минск (07.05)

Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2020. – Т. 2, № 1. – С. 49–56.

5. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (steal-синдром): описание клинического случая, патогенеза заболевания и подходов к лечению / О. В. Гайсёнок [и др.] // REJR. – 2019. – Т. 9, № 4. – С. 177–184.