

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.132-002-02:616.972]-036.1

СИФИЛИТИЧЕСКИЙ МЕЗАОРТИТ

В. Б. Симоненко¹, А. В. Попов¹, Н. И. Сюч¹, О. В. Магарышкина², П. А. Дулин³

¹2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыка; ²Городская клиническая больница № 44 им. В. Г. Короленко; ³ГОУ ДПО Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны России, Москва

В настоящее время увеличился удельный вес скрытых и поздних форм, нейро- и висцерального сифилиса, что значительно затрудняет диагностику заболевания у больных, поступающих в лечебные учреждения по неотложным показаниям.

Сифилис является причиной примерно 0,5% всех наблюдаемых кардиопатий. Поздние сифилитические поражения сердечно-сосудистой системы (кардиоваскулярный сифилис) выявляются у 0,25—0,96% терапевтических больных, из них у 93,4% регистрируется мезаортит, однако его прижизненная диагностика составляет только 10% случаев. Сифилитические изменения в аорте наиболее выражены в местах отхождения ее ветвей, в частности коронарных артерий сердца, а также артерий дуги аорты. Одним из важнейших последствий сифилитического аортита является сужение просвета коронарных артерий, нередко усугубляющееся присоединением атеросклероза. Этот процесс может осложниться коронаротромбозом и привести к развитию инфаркта миокарда.

Другим тяжелым осложнением сифилитического аортита является развитие прогрессирующей недостаточности аортального клапана, встречающейся у 25—50% больных. В основе аортальной клапанной недостаточности лежит дилатация пораженного воспалительным процессом клапанного кольца. Иногда у больных развивается бактериальный эндокардит аортального клапана.

Анатомическая близость мест отхождения коронарных артерий и аортального клапана приводит к тому, что лица с преимущественной локализацией сифилитического процесса в начальной части аорты страдают одновременно недостаточностью створок аортального клапана и коронарной недостаточностью.

Приводим собственное наблюдение.

Ключевые слова: висцеральный сифилис, поражение аорты, дифференциальная диагностика с инфарктом миокарда

SYPHILITIC MESAORTITIS

V. B. Simonenko, A. V. Popov, N. I. Syuch, O. V. Magaryshkina, P. A. Dulin

P.V.Mandryka 2nd Central Military Hospital; V.G.Korolenko City Clinical Hospital No 14; State Institute of Advanced Medical Training, Moscow

A rise in the incidence of latent and late forms of neuro- and visceral syphilis significantly complicates diagnostics of the disease in patients admitted to emergency medicine clinics. Syphilis is believed to be a cause of roughly 0.5% of all cardiopathies. Late syphilitic lesions of the cardiovascular system (cardiovascular syphilis) occur in 0.25-0.96% patients in need of therapeutic treatment; 93.4% of them present with mesaortitis but its life-time diagnosis is possible only in 10% of the cases. Syphilitic lesions in the aorta are especially well apparent at the points of its branching into coronary arteries of the heart and aortic arch. One of the main consequences of syphilitic aortitis is the narrowing of coronary arteries frequently complicated by atherosclerosis, coronary thrombosis, and the resulting myocardial infarction. Another severe complication of syphilitic aortitis is progressive aortic valve insufficiency (in 25-50% of the patients) related to dilatation of the valve ring affected by inflammation. Some patients develop bacterial endocarditis of the aortic valve. Close localization of the coronary artery junction and the aortic valve account for a combination of aortic valve insufficiency and coronary insufficiency in patients with syphilitic process in the initial part of aorta. A case report is presented.

Key words: visceral syphilis, aortic lesion, differential diagnostics from myocardial infarction

В настоящее время, после эпидемии 90-х годов XX века, наблюдается снижение заболеваемости сифилисом, однако при этом изменилась структура заболеваемости: значительно увеличился удельный вес скрытых и поздних форм, нейро- и висцерального сифилиса, что значительно затрудняет диагностику заболевания у больных, поступающих в лечебные учреждения по неотложным показаниям.

При плановой госпитализации подавляющее большинство больных поступают в стационар уже обследованными на сифилис и, если необходимо, лечеными. При госпитализации по срочным показаниям пациенты поступают в стационар необследованными. В сложившейся ситуации стационары, оказывающие скорую медицинскую помощь, играют важную роль в первичном выявлении инфекции. По данным О. В. Кисель и О. К. Лосевой [2], частота выяв-

ления положительных результатов серологических тестов на сифилис среди пациентов стационара скорой помощи составила 4,5% от числа госпитализированных. Среди них 57% в прошлом получали лечение по поводу сифилиса (имели "следовые реакции"), 5,5% состояли в момент возникновения неотложного состояния на клинико-серологическом контроле после лечения сифилиса, у 3,2% констатированы ложноположительные реакции и у 34% впервые установлен диагноз сифилиса. Таким образом, контингент больных стационара скорой помощи характеризуется высокой частотой как серопозитивности по сифилису, так и случаев не выявленного ранее сифилиса [3].

По данным О. В. Кисель и О. К. Лосевой [2], сифилис является причиной примерно 0,5% (0,47—0,54%) всех наблюдаемых кардиопатий. В 90—94% случаев всей позд-

ней сифилитической висцеральной патологии поражается сердечно-сосудистая система. Поражения сердечно-сосудистой системы при сифилисе представлены аневризмой восходящей аорты, сужением устья коронарных артерий, недостаточностью аортального клапана, что обычно развивается через 10—25 лет после заражения.

Поздние сифилитические поражения сердечно-сосудистой системы (кардиоваскулярный сифилис) выявляются у 0,25—0,96% терапевтических больных, из них у 93,4% регистрируется мезаортит, однако его прижизненная диагностика составляет только 10%. Аорта служит местом наиболее частой локализации висцерального сифилиса. Частота специфических аортитов, по данным аутопсий, составляет 70—90% в структуре сифилитических висцеральных поражений. Имеются гипотезы о поражении аорты в ранних периодах сифилиса, однако эти положения не подтверждаются из-за отсутствия или недостаточности клинической симптоматики [1]. Также отмечается частое (25—30%) сочетание сифилиса аорты и сифилиса нервной системы. В связи со скудностью клинической симптоматики сифилитический аортит принято относить к поздним проявлениям приобретенного сифилиса, так как между заражением и признаками явного поражения аорты проходит обычно 20—30 лет. По некоторым данным, однако, сифилитический аортит может возникнуть уже через несколько месяцев после заражения.

Сифилитические изменения в аорте наиболее выражены в местах отхождения ее ветвей, в частности коронарных артерий сердца, а также артерий, отходящих от дуги аорты. Одним из важнейших последствий сифилитического аортита является сужение просвета коронарных артерий, нередко усугубляющееся присоединением атеросклероза. Этот процесс может осложниться коронаротромбозом и привести к развитию инфаркта миокарда [1].

Другим тяжелым осложнением сифилитического аортита является развитие прогрессирующей недостаточности аортального клапана, встречающейся у 25—50% больных. В основе аортальной клапанной недостаточности лежит дилатация пораженного воспалительным процессом клапанного кольца. Иногда у больных развивается бактериальный эндокардит аортального клапана.

Анатомическая близость мест отхождения коронарных артерий и аортального клапана приводит к тому, что лица с преимущественной локализацией сифилитического процесса в начальной части аорты страдают одновременно недостаточностью створок аортального клапана и коронарной недостаточностью (синдром корня аорты). Поражение при сифилисе аорты ее эластического каркаса приводит к развитию одиночных и множественных мешковидных и диффузных аневризм. Процент аневризм среди всех случаев сифилитического аортита составляет по разным данным от 33 до 80. У мужчин аневризма встречается чаще, чем у женщин.

Следует отметить, что в настоящее время постановку диагноза висцерального сифилиса затрудняет отсутствие в анамнезе у 75—80% больных указаний на заболевание сифилисом в прошлом. При неосложненном аортите прогноз заболевания считается благоприятным. Своевременное лечение способно предупредить наступление стеноза устья коронарных артерий, недостаточности аортальных клапанов и аневризмы аорты. Увеличение возраста больного и развитие атеросклероза ухудшают прогноз, особенно при осложненных аортитах, в связи с недостаточной эффективностью терапии.

Приводим собственное наблюдение случая сифилитического мезаортита у больного, поступившего по экстренным показаниям в отделение кардиореанимации.

Больной Т., 37 лет, 07.04.10 обратился к терапевту поликлиники с жалобами на ощущение нехватки воздуха

при минимальной нагрузке, приступы удушья, дискомфорт, боль за грудиной, не связанные с нагрузкой, выраженную общую слабость. На ЭКГ выявлены очаговые изменения в переднеперегородочной области. Больной по неотложным показаниям госпитализирован с подозрением на инфаркт миокарда. В стационаре проведено лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме. Несмотря на проводимое лечение, нарастали явления сердечной недостаточности, и 09.04.10 пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии 2 ЦВКГ им. П. В. Мандрыка.

При поступлении состояние тяжелое, температура тела нормальная, на коже туловища, передней поверхности бедер обильная крупная розеолезно-папулезная сыпь, яркая, красноватая с незначительным синюшным оттенком, склонная к группировке с образованием полуколец, местами склонная к слиянию. В области мошонки множественные папулы среднего размера, красновато-коричневого цвета, без шелушения. На наружных участках верхних век обоих глаз отмечается ступенчатое поредение ресниц (симптом Пинкуса). В паховых областях увеличенные до 1—2 см в диаметре паховые лимфатические узлы, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

Выраженный акроцианоз. В легких везикулярное дыхание. Частота сердечных сокращений до 110 в минуту, пульс «скорый и высокий». Артериальное давление 120/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, пандиастолический шум на аорте и в точке Боткина—Эрба, мягкий дующий систолический шум на аорте, усиливающийся при подъеме рук вверх, акцент II тона на аорте. На шее «плюска каротид»; шум Виноградова—Дюрозье на бедренных артериях.

Дополнительно из анамнеза выяснено, что больной ранее не страдал ишемической болезнью сердца. В течение нескольких лет пограничная артериальная гипертензия, привычное артериальное давление 140/90 мм рт. ст., лекарственной терапии не получал. Высыпания на туловище появились в первых числах апреля 2010 г., при обращении к дерматологу были расценены как аллергический дерматит. Несколько дней получал местное лечение без особого эффекта. Тогда же выявлен позитивный титр реакции микропреципитации (РМП) — 1:64. Ухудшение с 4 апреля, когда появилась боль в области сердца, стали беспокоить приступы удушья, нарастать одышка.

Клинический анализ крови при поступлении: Нб 181,0 г/л, эр. $5,7 \cdot 10^{12}$ л, тр. $299,0 \cdot 10^9$ л, л. $7,2 \cdot 10^9$ л, п. 2%, с. 52%, э. 3%, лимф. 37%, мон. 6%; СОЭ 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: холестерин 10,65 ммоль/л, креатинин 119 мкмоль/л, триглицериды 5,52 ммоль/л, кардиоспецифические ферменты в норме.

Иммунологический анализ крови: антитела к возбудителю сифилиса в РМП — 1:128, в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) — 1:5120.

На рентгенограмме органов грудной клетки аорта уплотнена, развернута; признаки сосудистого полнокровия легких.

На ЭКГ при поступлении синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 92 в минуту, резкое отклонение электрической оси сердца влево; QS в V1—V3, признаки перегрузки правых отделов сердца, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

При эхокардиографии и чреспеченочной эхокардиографии выявлены дилатация левого желудочка, умеренная дилатация фиброзного кольца аортального клапана до 29 мм, аортальная недостаточность II степени; стенки аорты утолщены, рыхлые; фракция выброса 52% (см. рисунок на вклейке).

Наличие клинической картины аортальной недостаточности, высыпаний на теле, положительных серологических

реакций на сифилис, данные ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ явились основанием для постановки диагноза вторичного висцерального сифилиса.

В дальнейшем в ГКБ № 14 им. В. Г. Короленко проведены специфические серологические реакции на сифилис — реакции иммунофлюоресценции (РИФ); РИФ-200 (4+), РИФабс (4+). Больной осмотрен неврологом, проявлений нейросифилиса не выявлено.

Диагноз: вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек; сифилитический мезаортит с развитием аортальной недостаточности; коронарит с развитием трансмуральных очаговых изменений в переднеперегородочной области.

В начале лечения стояла задача купирования явления острой сердечной недостаточности, рассматривался вопрос о хирургическом лечении. В соответствии с рекомендацией дерматолога-сифилидолога в связи с непереносимостью большого начата специфическая антибактериальная терапия цефтриаксоном по 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 20 дней. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: купированы явления острой сердечной недостаточности, значительно уменьшились высыпания на коже; 26.04.10 больной переведен для дальнейшего лечения в специализированный стационар.

Таким образом, проводимые у всех больных, поступающих в стационар по скорой помощи, серологические

исследования крови на сифилис, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, по показаниям ультразвуковое исследование, эхокардиография и консультации специалистов (кардиолога, невропатолога, дерматовенеролога) дают возможность поиска и дифференциальной диагностики сифилитического поражения внутренних органов и неспецифических процессов. Немаловажное значение в решении вопроса о своевременной диагностике сифилиса принадлежит лабораторным методам исследования, на которые возлагаются задачи по установлению или подтверждению клинического диагноза заболевания, определению его формы и стадии, контролю эффективности терапии и излеченности, а также юридическая оценка правомочности диагноза. При этом важнейшими вспомогательными методами верификации сифилиса являются серологические реакции [4]. Приказом Минздрава РФ от 26.03.01 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» в повседневную практику внедрены два диагностических метода — иммуноферментный анализ и РПГА. В качестве скринингового теста, требующего обязательного подтверждения одной из диагностических реакций (иммуноферментного анализа или РПГА), используются РМП с кардиолипидным антигеном и ее модификации. Для подтверждающих целей применяют реакцию иммобилизации бледных трепонем, РИФ и иммуноблот.

Сведения об авторах:

Симоненко Владимир Борисович — д-р мед. наук, чл.-кор. РАМН, нач. 2-го ЦВКГ им. П. В. Мандрыка, нач. каф. терапии усовершенствования врачей ГИУВ МО РФ

Попов А. В. — нач. отд-ния реанимации и интенсивной терапии 2-го ЦВКГ

Сюч Н. И. — д-р мед. наук, гл. специалист по лаб. диагностике, зав. лаб. отд-ния 2-го ЦВКГ

Магарышкина О. В. — канд. мед. наук, зав. моск. гор. центром по учету больных сифилисом ГКБ № 14

Дулин П. А. — д-р мед. наук, проф. каф. усовершенствования врачей ГИУВ МО РФ

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубенский В. В., Аникин В. В., Балашова И. Ю., Камалдынова О. Е. Клинико-диагностические аспекты сифилитических аортитов. Вестн. последиплом. образования 2002; 1: 100—101.
2. Кисель О. В., Лосева О. К. Выявление сифилиса сердечно-сосудистой системы среди пациентов стационара скорой помощи. Вестн. последиплом. образования 2009; 3—4: 56.

3. Кисель О. В. Клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и тактика ведения больных сифилисом, выявленных в стационаре скорой помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
4. Сбойчаков В. Б., Иванов А. М., Криворучко А. Б., Сердюцкая М. В. Трепонемные диагностические тесты производства ЗАО "Вектор-Бест" в диагностике сифилиса. Лаб. диагн. 2008; 2: 23—25.

Поступила 26.07.10

Уважаемые читатели!

В ОАО «Издательство "Медицина"» выходят из печати книги:

Интервенционная медицина: Руководство для врачей / Под ред. Г. И. Назаренко. — М., 2011. — 805 с.: 527 илл. Для специалистов по интервенционной медицине, практикующих врачей, руководителей многопрофильных учреждений.