



## ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ У 82-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Денисова Т.П., Тюльтяева Л.А., Липатова Т.Е., Бакулев А.Л., Алипова Л.Н., Апанасевич А.В.,  
Безродная Л.А., Борисова Е.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России,

Тюльтяева Лариса Анатольевна  
larisa72@list.ru

### РЕЗЮМЕ

Описан клинический случай поздней диагностики сифилиса поджелудочной железы и печени у пациента старческого возраста. За 2 года до этого был ошибочно поставлен диагноз рака поджелудочной железы с метастазами в печень, пациент был прооперирован с наложением холецистостомы. После верификации диагноза сифилиса поджелудочной железы и печени проведена соответствующая терапия и восстановительная операция.

**Ключевые слова:** сифилис; пожилой возраст

### SUMMARY

It has been described a clinical case of late diagnosis of syphilis of the pancreas and liver of elderly patients. Two years before that it was wrongly diagnosed with cancer of the pancreas with liver metastases, and the patient was operated on with the imposition of cholecystostomy. It was conducted appropriate therapy and reconstructive surgery after verification of the diagnosis of syphilis of the pancreas and liver.

**Keywords:** syphilis; elderly age

Известно, что сифилис манифестирует преимущественно у людей молодого или зрелого возраста. Факторами риска развития заболевания являются наркомания, проституция, низкий социальный и образовательный уровень. Течение сифилитической инфекции может быть длительным и бессимптомным, что связано как с особенностями инфекционного процесса, так и быть следствием неадекватно проведенного курса специфической антилюэтической терапии по поводу манифестных форм заболевания. Возбудитель сифилиса бледная трепонема может длительное время персистировать в организме человека, не вызывая каких-либо клинических проявлений. Коварство данного заболевания состоит в том, что под действием ряда триггерных факторов возможна активация сифилитической инфекции

с развитием поздних форм сифилиса (нейросифилис, висцеросифилис, третичный сифилис). В отсутствие лечения приблизительно в 30% случаев развивается поздний, или третичный, сифилис, иногда через многие годы после заражения. Использование антибактериальных препаратов произвело настоящую революцию в лечении пациентов, страдающих сифилисом, и в настоящее время упомянутые тяжелые формы сифилитической инфекции встречаются редко. Вместе с тем снизилась настороженность врачей различных специальностей в отношении специфических поражений различных органов и систем организма. В связи с этим иногда врачи не проявляют необходимой настороженности в отношении сифилиса у пациентов старческого возраста, не имеющих факторов риска данного заболевания.

**ПРИВОДИМ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Пациент М., 82 лет, офицер в отставке, поступил в марте 2012 года в Саратовский областной госпиталь для ветеранов войн с жалобами на ощущение нехватки воздуха, сердцебиения, перебои в работе сердца, которые появлялись при ходьбе до 300–400 м, подъеме вверх по лестнице, проходящие самостоятельно в покое, головную боль, тошноту, колющую боль в прекардиальной области при повышении артериального давления, чувство тяжести, дискомфорт в правом подреберье при погрешностях в диете.

Из истории заболевания известно, что около 10 лет наблюдается повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст. без регулярной гипотензивной терапии амбулаторно. В течение последних 5–6 лет беспокоят ощущение нехватки воздуха, сердцебиения при физической нагрузке, снижение переносимости физических нагрузок, неоднократно зафиксирована преходящая экстрасистолия.

В 2010 году у пациента появилась механическая желтуха, при УЗИ органов брюшной полости было выявлено образование головки поджелудочной железы (5–6 см), а также множественные очаги в печени от мелких до 2,5 см в диаметре, что было расценено как рак поджелудочной железы с метастазами в печень. В одном из областных городов была проведена паллиативная операция — холецистостомия и рекомендовано симптоматическое лечение у онколога по месту жительства.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Пациент контактен, ориентирован во времени и пространстве. Настроение спокойное.

Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем особенностей не обнаружено. Аппетит сохранен, язык чистый, влажный. Слизистые оболочки нормальной окраски. Глотание свободное. Живот при осмотре обычной формы, пупок втянут, расширения вен на передней брюшной стенке нет, расхождения прямых мышц живота нет, грыжевых отверстий нет. Притуплений в отлогих частях живота при перкуссии нет, асцита нет. Пальпация живота болезненна в эпигастрии, правом подреберье. В правом подреберье — холецистостома с дренажной трубкой. Край печени пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, закругленный, болезненный при пальпации, поверхность гладкая, консистенция плотная. Размеры печени по Курлову: 13, 10, 7 см. Положительный симптом Плеша. Желчный пузырь и поджелудочная железа не пальпируются, пузырьные симптомы отрицательные. Пальпация кишечника безболезненная, перистальтика сохранена. Стул кашицеобразный, светло-коричневого цвета, без патологических примесей, до 3–4 раз в день.

При осмотре пациента обращало на себя внимание относительно удовлетворительное состояние больного, не соответствующее прогнозу заболевания, диагностированного 2 года назад, диагноз рака поджелудочной железы вызывал сомнения.

В общем анализе крови от 7.03.12: СОЭ — 19 мм/час, остальные показатели — в пределах нормальных значений.

В биохимическом анализе крови от 7.03.12: АЛТ — 52,0 У/л (норма 5,0–40,0), щелочная фосфатаза — 334,0 У/л (норма 40,0–258,0), остальные показатели — в пределах нормальных значений.

Исследование крови на онкомаркеры от 21.03.12: РЭА — 4,7 нг/мл (норма 0–5), СА 34,9 ед/мл (норма до 35).

В общем анализе мочи от 7.03.12 особенностей не обнаружено.

При ЭКГ-исследовании обнаружены единичные наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости, ЧСС 82 в минуту, ритм синусовый, положение электрической оси горизонтальное.

При обзорной рентгенографии органов грудной полости (7.03.12) обнаружены выраженная эмфизема, диффузный пневмосклероз с обеднением легочного рисунка. Инфильтративных и очаговых изменений легочной ткани не выявлено. Корни легких структурны. Тень сердца не увеличена. Куполы диафрагмы уплощены, справа — сегментарная релаксация. Кардиодиафрагмальные синусы плевры облитерированы, латеральные синусы свободны.

При ФГДС 13.03.12 выявлены эрозивный гастрит, эрозивный бульбит, эрозивный эзофагит I ст. При цитологическом исследовании взятого биологического материала обнаружены пласты цилиндрического эпителия с признаками атрофии, *H. pylori* не обнаружен.

При УЗИ органов брюшной полости, почек, предстательной железы 13.03.12 убедительных данных за наличие очагового образования в области головки поджелудочной железы не выявлено. Расширенная интрапанкреатическая часть общего желчного протока до 10 мм с коническим сужением. Проток поджелудочной железы неравномерно расширен до 2–3 мм. Поджелудочная железа имеет обычные размеры.

Эхоструктура поджелудочной железы диффузно-неоднородная. Гепатомегалия (правая доля 14 см, левая доля 9,8 см), эхогенность печени повышенная, диффузные изменения печени. Дренажная трубка в желчном пузыре. Диффузные изменения паренхимы почек, киста левой почки, доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Были получены положительные серологические реакции на сифилис от 9.03.12 (РМП «+», ИФА «+», КРП=14,3, РПГА «+++»), в связи с чем больной проконсультирован врачом-дерматовенерологом областного кожно-венерологического диспансера. Выявлены дополнительные данные анамнеза: наличие венерических заболеваний (не помнит, каких именно) 45 лет назад, по поводу чего лечился в госпитале г. Фрунзе. При осмотре: кожный покров и видимые слизистые оболочки свободны от активных проявлений сифилиса. Учитывая отсутствие жалоб, активных проявлений сифилиса на коже, слизистых оболочках, данные

лабораторных исследований, отрицание половой жизни в течение двух лет, выставлен диагноз: *Lues ignorata*. Пациент осмотрен невропатологом и окулистом (21.03.12): специфическое поражение нервной системы и органа зрения исключены. Назначен Ceftriaxon 1,0 внутримышечно 1 раз в сутки №10. Антибактериальную терапию перенес хорошо. При проведении МРТ (2.04.12) выявлен конкремент холедоха, признаки хронического панкреатита, очаговых образований поджелудочной железы и печени не обнаружено, данных за онкопатологию нет. Окончательный диагноз согласован на кафедрах терапии ФПК и ППС и кожных и венерических заболеваний Саратовского государственного медицинского университета:

I. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз с нарушением ритма сердца и сократительной способности миокарда. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск 4. Фон.: Ожирение I степ.

II. Сифилис висцеральный (гуммы головки поджелудочной железы и печени) III. ЖКБ: конкремент холедоха. Функционирующая холецистостома (03.08.10 г.) Соп.: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопически позитивная. Эрозивный эзофагит I степени. Эрозивно-геморрагический гастрит. Эрозивный бульбит. ДППЖ. Киста левой почки. Двухсторонняя нейро-сенсорная тугоухость. Пресбиопия обоих глаз. Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Осл.: Экстрасистолия. ХСН II A стадии. ФК II (тест с 6-минутной ходьбой – 348 метров).

На фоне проведенной терапии антиагрегантами, ингибиторами АПФ, мочегонными,  $\beta$ -адреноблокаторами, ферментами поджелудочной железы была отмечена положительная динамика в состоянии и самочувствии больного: несколько уменьшилась

одышка, артериальное давление стабилизировалось на целевом уровне, реже стала беспокоить головная боль, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. Сохранились тяжесть, дискомфорт в подложечной области, урчание в животе, жидкий стул до 3–4 раз в день.

При выписке больного из стационара было рекомендовано продолжить прием назначенных препаратов, проведение реконструктивной операции по поводу удаления конкремента и холецистостомы по месту жительства после завершения курса специфического лечения висцерального сифилиса.

Через месяц после выписки из терапевтического стационара пациент был успешно прооперирован: проведена реконструктивная операция на желчевыводящих путях. В настоящее время состояние и самочувствие пациента удовлетворительные.

Третичный сифилис с очагами гуммозного воспаления в настоящее время встречается редко, панкреатическая локализация сифилитических гумм не очень характерна, старческий возраст пациента, его социальный и образовательный статус — все перечисленное способствовало появлению ошибочного заключения о наличии у больного рака поджелудочной железы с метастазами в печень. В результате этого третичный сифилис с гуммами остался невылеченным и была выполнена ненужная в данном случае операция — наложена холецистостома, было нарушено качество жизни пациента, причинен моральный ущерб пациенту и членам его семьи.

