

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО МЕЗАОРТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

Г.А. Игнатенко, И.С. Греков, М.В. Грушина, А.В. Дубовик

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика

Современная эпидемиологическая картина сифилиса такова, что выявляемость сифилитического мезаортита как проявления сердечно-сосудистой патологии при третичном сифилисе составляет лишь 10% случаев. Одним из наиболее частых и серьезных осложнений такого мезаортита является аневризма аорты. Неспецифичность симптомов и клинического течения подобных аневризм порой затрудняет своевременное выявление патологии, что приводит к высокой смертности на госпитальном этапе. В данной статье описывается редкий случай диагностики сифилитического мезаортита, осложненного аневризмой аорты.

Ключевые слова: сифилитический мезаортит, бледная трепонема, аневризма аорты.

(Для цитирования: Игнатенко Г.А., Греков И.С., Грушина М.В., Дубовик А.В. Клинический случай сифилитического мезаортита, осложненного аневризмой аорты. *Клиническая практика.* 2019;10(4):94–98. doi: 10.17816/clinpract16150)

CLINICAL CASE OF SYPHILITIC MESAORTITIS COMPLICATED BY AORTIC ANEURYSM

G.A. Ignatenko, I.S. Grekov, M.V. Grushina, A.V. Dubovyk

Donetsk national medical University. M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic

The modern epidemiological picture of syphilis is such that the detection of syphilitic mesaortitis, as a manifestation of cardiovascular pathology in tertiary syphilis, represents only 10% of cases. One of the most frequent and serious complications of mesaortitis is an aortic aneurysm. The nonspecific nature of symptoms and clinical course of such aneurysms sometimes complicates the timely detection of this pathology, that leads to high mortality at the hospital stage. This article describes a rare case of syphilitic mesaortitis complicated by aortic aneurysm.

Keywords: Syphilitic mesaortitis, *Treponema pallidum*, aortic aneurysm.

(For citation: Ignatenko GA, Grekov IS, Grushina MV, Dubovyk AV. Clinical Case of Syphilitic Mesaortitis Complicated By Aortic Aneurysm. *Journal of Clinical Practice.* 2019;10(4):94–98. doi: 10.17816/clinpract16150)

ВВЕДЕНИЕ

Сифилитический мезаортит развивается в течение 5–20 лет после первичного поражения (шанкра) примерно у 80% больных, которые не получали соответствующего лечения. Несмотря на успехи в диагностике сифилиса, прижизненная выявляемость сифилитического мезаортита и его осложненный составляет около 10%, что связано с нередким его течением на фоне отрицательных результатов серологических исследований и современной эпидемиологической картиной сифилиса [1, 2]. Осложнениями такого мезаортита являются аневризмы восходящего отдела аорты, недостаточность аортального клапана, сужение устья коронарных артерий, миокардиты [3]. Известно, что при раннем

сифилисе поражается преимущественно миокард, тогда как при позднем более чем в 93% случаев специфическое пролиферативное воспаление развивается в стенке аорты [2]. В качестве примера такого поражения приводим клинический случай.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

О пациенте

Пациент В., 45 лет, поступил с жалобами на кратковременные приступы давящих болей за грудиной и одышку инспираторного характера, возникающие во время физической нагрузки (при ходьбе на расстояние до 300 м, подъеме на первый этаж).

Анамнез заболевания. С марта 2014 г. пациент впервые отметил появление загрудинных болей

с последующим присоединением одышки и появлением отеков на нижних конечностях, в связи с чем и был госпитализирован в кардиологическое отделение. В период госпитализации были выявлены положительные результаты реакции Вассермана (++++) и некоторых других серологических тестов: реакции пассивной гемагглютинации (++++), реакции микропреципитации (+++). На основании этого пройден короткий курс антибактериальной терапии по поводу сифилитической инфекции. В дальнейшем на учете не состоял, превентивные курсы антибиотиков не получал. По данным эхокардиографии выявлено расширение корня аорты с недостаточностью аортального клапана, выпот в перикарде с признаками организации (объем 300–500 мл). Систолическое давление в легочной артерии — 30 мм рт.ст. При проведении рентгенографии органов грудной полости выявлена двусторонняя пневмония. Больной был выписан с диагнозом: «Постмиокардитический кардиосклероз; недостаточность митрального, трикуспидального, аортального клапанов. Легочная гипертензия, сердечная недостаточность 2А. Аневризма восходящего отдела грудной аорты. Двусторонняя пневмония, легочная недостаточность 3-й степени». После выписки назначенную терапию, в том числе и антибактериальную, не принимал. Периодически беспокоили боли за грудиной и нарастание одышки.

В декабре 2018 г. после того, как пациент отметил ухудшение общего состояния и самостоятельно обратился за консультацией к кардиологу, он с подозрением на острый коронарный синдром был госпитализирован в отделение неотложной кардиологии Донецкого клинического территориального медицинского объединения.

Обследование

Объективно. Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, теплые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа без патологии. Частота дыхательных движений 16/мин. Над легкими перкуторно-легочный звук, аускультативно дыхание жесткое везикулярное, выявлены застойные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Границы сердца: правая — вдоль правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Деятельность сердца ритмичная, частота сердечных сокраще-

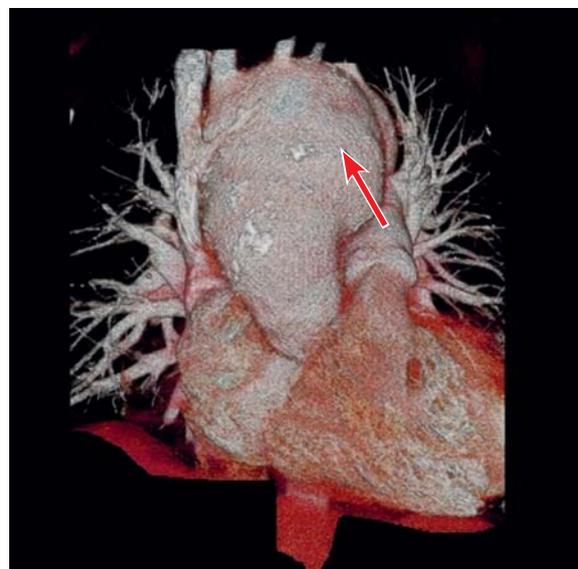
ний (ЧСС) 80 уд./мин, тоны достаточной громкости, отмечается грубый систолический шум над всей предсердечной областью с эпицентром на верхушке и в V точке. Артериальное давление 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги; почки и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Электрокардиография при поступлении в отделение: ритм синусовый, регулярный, ЧСС 85 уд./мин. Положение электрической оси сердца горизонтальное. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Сегмент ST-T на изолинии, отрицательный зубец T в V1–V3.

По данным эхокардиографического исследования определяется аневризма восходящего отдела дуги аорты (в просвете определяется пристеночный тромбоз). Уплотнение створок аортального и митрального клапанов. Небольшая аортальная и митральная регургитация. Наблюдается расширение полостей сердца с гипертрофией миокарда левого желудочка. Сепарация листков перикарда по контуру сердца до 1,3 см, выпот в полости перикарда около 400 мл. Высокая легочная гипертензия (давление в легочной артерии 98 мм рт.ст.), ΔS — 28%, ударный объем 103 мм, фракция выброса (ФВ) 54%.

Спиральная мультidetекторная компьютерная ангиография аорты (рис. 1): аневризма восходящего отдела аорты, расширение легочного ствола. Гидроперикард. Кардиомегалия. Аортокоронаросклероз (легочный ствол 34 мм), правые и левые

Рис. 1. Аневризма восходящего отдела аорты (стрелка)



легочные артерии не расширены. Восходящий отдел аорты: аортальное кольцо — 26 мм, на уровне синусов Вальсальвы — 40 мм, на уровне синотубулярного перехода — 42 мм, высота корня — 31,5 мм, диаметр трубчатой части на уровне правой легочной артерии — 55 мм, проксимальная часть дуги — 98 мм, средняя горизонтальная часть — 100 мм, диафрагмальная часть — 25 мм, на уровне перешейка — 38 мм, грудная часть нисходящего отдела — 30 мм, диафрагмальная часть — 25 мм. В полости перикарда скопление жидкости до 320 мл. На всем протяжении аорты пристеночные кальцинированные бляшки.

Осмотр дерматолога-сифилидолога: выявлен скрытый сифилис неустановленной давности.

Реакция RW положительная (++++).

Реакция иммунофлюоресценции положительная (++++).

Диагноз и прогноз

На основании данных анамнеза, объективного обследования и данных дополнительных методов исследования пациенту был выставлен *основной диагноз:* «Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, функциональный класс 3. Атеросклеротический кардиосклероз. Аневризма восходящего отдела аорты. Недостаточность митрального, аортального и трикуспидального клапанов 2-й степени. Вторичная легочная гипертензия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Сердечная недостаточность 2А с начальным снижением систолической функции левого желудочка (ФВ 54%). *Сопутствующий:* у пациента выявлен сифилис неизвестной давности.

В отделении получал следующее медикаментозное лечение: Престариум по 2,5 мг 2 раза/день, метопролол по 25 мг 2 раза/день, Плавикс в дозе 75 мг/сут, аторвастатин по 80 мг/сут, Кардиомагнил по 75 мг/сут, лизиноприл по 2,5 мг 2 раза/день.

На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось: приступов загрудинной боли нет, одышка значительно уменьшилась, однако толерантность к физической нагрузке остается по-прежнему низкой. От оперативного лечения пациент отказался. Рекомендовано продолжать прием медикаментозной терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время все чаще в медицинской литературе можно встретить информацию о том, что во всем мире наблюдается снижение общей забо-

леваемости сифилисом. Несмотря на это, в последнее десятилетие имеется явная тенденция к увеличению латентных и поздних форм сифилитической инфекции с более тяжелыми клиническими симптомами заболевания. Так, согласно статистическим данным, на Украине в 2007 г. заболеваемость сифилисом составляла 13 910 случаев, или 29,9 на 100 тыс. населения, при этом на долю раннего сифилиса пришлось 6643 случая (52%, или 14,3 на 100 тыс. населения), на долю позднего — 445 (1,0 на 100 тыс.). В 2016 г. на Украине заболеваемость сифилисом составила 3200 случаев (7,6 на 100 тыс. населения), при этом число случаев раннего латентного сифилиса составило 1428 (58%, или 3,4 на 100 тыс. населения), позднего сифилиса — 422 (1,0 на 100 тыс.) [1].

Приоритетное значение приобрели поражения сердечно-сосудистой системы — 90–94% всех случаев позднего висцерального сифилиса. Одним из проявлений кардиоваскулярной патологии при третичном сифилисе является именно сифилитический мезоартит [4].

Бледные трепонемы проникают в стенку аорты с током крови и иницируют продуктивное воспаление средней и наружной оболочки, а также *vasa vasorum* (сосуды сосудов) с формированием инфильтрата, представленного в основном лимфоцитами и плазматическими клетками с фибробластами [1]. Это воспаление приводит к ишемическому поражению средней оболочки аорты, а разрушение мышечных и эластических волокон сопровождается развитием фиброза и способствует постепенному ее расширению, иногда захватывающему кольцо аортального клапана. Интима приобретает сморщенный вид и напоминает кору дерева [5]. При этом расширенный корень аорты нарушает нормальное смыкание створок аортального клапана. Возникновение недостаточности аортального клапана встречается у 30–50% больных. Воспаление распространяется и на устья коронарных артерий с развитием их стеноза в результате фиброзных изменений, которое нередко усугубляется присоединением атеросклеротического поражения [1]. Этот процесс может осложниться тромбозом коронарных артерий и привести к развитию ишемического повреждения сердечной мышцы, что также характерно для сифилитического мезоартита [2].

Дифференциальную диагностику необходимо начинать с поиска этиологического фактора, приведшего к развитию аневризмы аорты. Для более

достоверного выявления сифилиса и контроля качества терапии необходимо проведение не только анализа крови на RW и реакцию иммунофлюоресценции, но и использовать выявление ДНК и РНК возбудителя молекулярно-биологическими методами с использованием специальных тест-систем [2]. Немаловажное значение имеет использование метода пассивной реакции гемагглютинации как одного из высокочувствительных и специфических тестов [6, 7]. Однако, учитывая характер скрытого течения позднего сифилиса, такая патология является сложной диагностической задачей для врача-кардиолога и требует более детального обследования больного с привлечением дерматологов-сифилидологов и специфических лабораторных тестов.

Мы проводили дифференциальную диагностику с возникновением данной патологии на фоне ишемической болезни сердца, а также с сифилитическим поражением сердца. Учитывая начало заболевания в среднем возрасте (ориентировочно 40–45 лет), отсутствие артериальной гипертензии в анамнезе, преобладание воспалительного процесса в начале заболевания (перикардит с воспалительным процессом в легких) и наличие сифилиса в анамнезе пациента, можно говорить в пользу именно специфического кардиоваскулярного поражения на фоне позднего сифилиса. Критериями, подтверждающими диагноз третичного сифилиса, является поражение внутренних органов, прежде всего сердечно-сосудистой системы, и наличие сифилиса как такового в анамнезе, что соответствует течению заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая картина аневризмы аорты имеет сходные проявления независимо от этиологии. Целесообразно помнить о сифилисе как об одной из редких причин ее формирования. Выполнение стандартных, а по возможности и специфических диагностических тестов, таких как реакция иммунофлюоресценции и/или реакции пассивной гемагглютинации, а также ДНК-диагностики необходимо назначать всем пациентам, имеющим аневризматическое расширение восходящего отдела аорты, с целью выявления сифилитической этиологии в данном процессе. В свою очередь пациентам, имеющим сифилис в анамнезе, целесообразно выполнять эхокардиографическое исследование как наиболее доступный метод исключения или выявления пато-

логии аорты и аортального клапана на раннем этапе. Учитывая мультидисциплинарный характер такой патологии, ведение диагностического поиска и лечение таких пациентов необходимо проводить совместно с врачом дерматологом-сифилдологом.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, который необходимо обнаружить.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Никитенко И.Н., и др. Сифилис: современное состояние проблемы // *Дерматология та венерология*. — 2018. — №1. — С.8–12. [Bondarenko GM, Unuchko SV, Nikitenko IN, et al. Syphilis: the contemporary condition of the problem. *Dermatologia ta venerologia*. 2018;(1):8–12. (In Russ).]
2. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В., Лоншакова-Медведева А.Ю., Петухова Д.И. Поздний кардиоваскулярный сифилис // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2017. — №6. — С. 67–78. [Krasnosel'skikh TV, Sokolovskii EV, Lonshakova-Medvedeva AYU, Petuhova DI. Late cardiovascular syphilis. *Vestnik dermatologii i venerologii*.2017;(6):67–78. (In Russ).] doi: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-67-78.
3. Кисель О.В., Лосева О.К. Выявление сифилиса сердечно-сосудистой системы среди пациентов стационара скорой помощи // *Вестник последипломного медицинского образования*. — 2009. — №3–4. — С. 56. [Kisel' OV, Loseva OK. Vyyavleniye sifilisa serdechno-sosudistoy sistemy sredi patsiyentov statsionara skoroy pomoshchi. *Vestnik poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya*. 2009;(3–4):56. (In Russ).]
4. Симоненко В.Б., Попов А.В., Сюч Н.И., и др. Сифилитический мезаортит // *Клиническая медицина*. — 2012. — Т.90. — №1. — С. 77–79. [Simonenko VB, Popov AV, Syuch NI, et al. Syphilitic mesaortitis. *Klinicheskaya meditsina*. 2012;90(1):77–79. (In Russ).]
5. Аникин В.В., Дубенский В.В., Балашов И.Ю., Камалдынова О.Е. Изменения сердечно-сосудистой системы при длительном течении сифилитической инфекции // *Кардиология*. — 2004. — Т.44. — №9. — С. 62–66. [Anikin VV, Dubenskiy VV, Balashoval Yu, Kamaldynova OE. Changes of cardiovascular system during long existing syphilitic infection. *Cardiology*. 2004;44(9):62–66. (In Russ).]
6. Millis KB, Faloona FA. Specific synthesis of DNA in vitro via a polymerase catalyzed chain reaction. *Methods Enzymol*. 1987;155:335–350. doi: 10.1016/0076-6879(87)55023-6.
7. Wicher K, Noordehoek GT, Abbruscato F, Wicher V. Detection of *Treponema pallidum* in early syphilis by DNA amplification. *J Clin Microbiol*. 1992;30(2):497–500.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ***Игнатенко Григорий Анатольевич***

д.м.н., профессор, чл.-корр. Национальной академии медицинских наук Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, ректор ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», зав. кафедрой пропедевтической и внутренней медицины;

адрес: 83003, Донецкая Народная Республика, Донецк, пр. Ильича, д. 16;

тел.: +380 (71) 309-21-60, **e-mail:** gai-1959@mail.ru, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-1155-563X>

Греков Илья Сергеевич

студент 5-го курса ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»;

e-mail: ilya.grekov.1998@gmail.com, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-6140-5760>

Грушина Марина Васильевна

к.м.н., доцент кафедры пропедевтической и внутренней медицины ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»;

тел.: +380 (71) 385-52-33, **e-mail:** grushinamarina@inbox.ru, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-3670-3376>

Дубовик Анна Владимировна

к.м.н., доцент кафедры пропедевтической и внутренней медицины ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»;

тел.: +380 (71) 359-27-10, **e-mail:** dubovyk-anna@mail.ru, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-8753-3824>