

Новиков Ю. А.¹, Кравченко Е. Н.², Филиппов С. О.²

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

² БУЗ ОО «Клинический кожно-венерологический диспансер», Омск, Россия

СЛУЧАЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА

Представлен клинический случай кардиоваскулярного сифилиса у мужчины 30 лет. Дано подробное описание клинической картины заболевания, приведены результаты лабораторных и инструментальных методов исследований. Рассмотрены вопросы тактики ведения больных кардиоваскулярным сифилисом.

Ключевые слова Сифилис, мультиспиральная компьютерная томография, кардиоваскулярный сифилис

Для цитирования Novikov Yu. A., Kravchenko E. N., Philippov S. O. Case of Cardiovascular Syphilis. *Kardiologiia*. 2020;60(3):142–144. [Russian: Новиков Ю. А., Кравченко Е. Н., Филиппов С. О. Случай кардиоваскулярного сифилиса. *Кардиология*. 2020;60(3):142–144.]

Автор для переписки Новиков Юрий Александрович. E-mail: buzoo.kkvd@mail.ru.

Частота поздних проявлений сифилиса сократилась до единичных случаев после начала эры антибиотиков [1, 2]. Однако случаи бесконтрольного применения антибиотиков, особенно в разгар вспышки сифилиса в 90-е годы XX века и нулевые годы XXI века, а также значительное число заболевших в тот период не дают повода для занесения кардиоваскулярного сифилиса в разряд исчезнувших клинических форм.

Поражение сердечно-сосудистой системы относится к поздним формам сифилиса и обычно проявляется в период от 5 до 40 лет после инфицирования. У 70–80% нелеченых больных после первичной инфекции развивается сифилитический аортит, у 10% из них появляются тяжелые сердечно-сосудистые осложнения – аневризма аорты, стеноз или недостаточность аортального клапана, стенозы коронарных артерий. Поражение восходящей части аорты наблюдается в 50% случаев, дуги аорты – в 35%, нисходящего отдела аорты – в 15% [3–5].

При наличии аневризмы аорты, особенно у относительно молодых пациентов, в случае исключения травматического генеза аневризмы рекомендуется серологическое тестирование. Без хирургического лечения летальность пациентов в течение 1 года может достигать 80% из-за разрыва аневризм [6].

Представляем клинический случай сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, при котором потребовалось открытое хирургическое вмешательство.

Пациент М., 30 лет, считает себя больным с сентября 2017 г., когда впервые появились одышка при умеренной физической нагрузке и кашель с мокротой слизистого характера. Обратился к терапевту по месту жительства, получал лечение антибиотиками без положительного эффекта, появились отеки стоп, голеней до верхней трети, одышка в покое, которая усиливалась в горизонтальном положении. Пациент был переведен в ревматологическое отделение окружной клинической больницы для дополнительного обследования и лечения.

Жалобы при поступлении на одышку при незначительных физических нагрузках и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении (спит полусидя), кашель с отхождением слизистой мокроты, выраженные отеки ног. Общее состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы с желтушным оттенком, акроцианоз. Число дыханий 22 в минуту. При перкуссии легких отмечается притупление над нижними отделами справа. Дыхание справа над нижними отделами не проводится, выслушиваются двусторонние мелкопузырчатые хрипы. Перкуторные границы сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Выслушивается систолический шум в проекции верхушки сердца, диастолический шум – в проекции аорты. Пульс ритмичный, 112 в минуту. Артериальное давление 140/40 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, положительный симптом флюктуации. Печень выступает на 7 см из-под края реберной дуги.

Анализ крови от 17.10.17: гемоглобин 135 г/л, эритроциты $5,28 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 214×10^9 /л, лейкоциты $11,7 \times 10^9$ /л, СОЭ 2 мм/ч, лейкоцитарная формула не изменена. Общий белок 63 г/л, общий билирубин 17,4 мкмоль/л, прямой билирубин 6,8 мкмоль/л, АлАТ 432 ед/л, АсАТ 93 ед/л, калий 4,6 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, креатинин 83 мкмоль/л, мочевины 6,5 ммоль/л, С-реактивный белок 11,42 мг/л.

Иммуноферментный анализ (ИФА) на HbsAg положительный. Микрореакция с кардиолипидным антигеном отрицательная. Положительная реакция на суммарные антитела к *Treponema pallidum* методом ИФА от 23.11.17.

Эхокардиограмма от 17.10.17: левое предсердие 5,0 см, конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) 6,4 см, конечный систолический размер ЛЖ 4,9 см, фракция выброса ЛЖ 45%, толщина стенок ЛЖ по 1,2 см, восходящая аорта 3,4 см, правый желудочек 3,1 см, правое предсердие: 6,2×5,3 см, эхо-признаки легочной гипертен-

зии, диаметр легочной артерии 2,9 см. Митральный, трикуспидальный клапаны и клапан легочной артерии не изменены. Аортальный клапан имеет 3 створки, пролабирующие в выносящий тракт ЛЖ, на одной из створок имеется фиксированное средней эхогенности образование размером до 0,4 см (вегетация?). По данным цветовой доплерографии, имеется аортальная регургитация III степени широким потоком, по объему значительная (деструкция клапана?), а также митральная и трикуспидальная регургитация II–III степени.

По данным УЗИ от 17.10.17, в плевральных полостях имеется выпот: справа 58×108 мм, слева 36×88 мм, в брюшной полости также признаки свободной жидкости в умеренном количестве.

По результатам обследования пациент переведен в кардиохирургическое отделение с диагнозом «выраженная недостаточность аортального клапана вследствие перенесенного инфекционного эндокардита. Кардиодилатационный синдром. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Хроническая сердечная недостаточность, функциональный класс 3–4 по NYHA. Хронический вирусный гепатит В, HBsAg+, клиничко-биохимическая активность 2».

24.11.17 выполнена операция протезирования аортального клапана механическим двустворчатым протезом №25. В процессе операции в области отхождения брахиоцефального ствола над аортой обнаружено объемное образование плотно-эластичной консистенции, размером 60×80 мм и 2 объемных образования 30×40 и 20×30 мм в области дистального отдела восходящей аорты. При ревизии аортального клапана створки уплотнены, вегетаций на створках нет. Отсутствует полная кооптация створок. Гемодинамически выраженная недостаточность аортального клапана. Во время операции взята биопсия стенки аорты.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии сосудов с болюсным контрастированием от 29.11.17

обнаружено аневризматическое расширения восходящего отдела и дуги аорты с наличием мешотчатых аневризм (рис. 1).

Результаты бактериологического исследования удаленного аортального клапана от 01.12.17: обнаружены микроорганизмы *Stenotrophomonas maltophilia* (пограничные значения), чувствительные к левофлоксацину, сульфаметоксазолу.

Гистологическое исследование биопсийного материала от 30.11.17: в биоптате фрагменты аорты с явлениями хронического активного воспаления и очаговой пролиферацией мезотелия (признаки мезеоортита).

Диагноз хирургического отделения: аневризма восходящей аорты, дуги аорты. Выраженная недостаточность аортального клапана вследствие перенесенного инфекционного эндокардита. Кардиодилатационный синдром. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Хроническая сердечная недостаточность, функциональный класс 3–4 по NYHA. Хронический вирусный гепатит В, HBsAg+, клиничко-биохимическая активность 2. Сифилис?

Рекомендовано лечение варфарином 5 мг (с поддержанием международного нормализованного отношения в пределах 2,0–3,0), дигоксином 0,125 мг утром и вечером, биспрололом 5 мг 2 раза в сутки.

После выписки пациент был направлен для обследования в кожно-венерологический диспансер. При осмотре активных проявлений сифилиса не выявлено. Эпидемиологический анамнез: случайные половые связи, последняя в апреле 2017 г.

Обследования и постановка диагноза проводились на основании «Федеральных клинических рекомендаций по дерматовенерологии» (2017 г.). Получены следующие результаты серологического тестирования: ИФА на сифилис (суммарные антитела) положительный; ИФА IgM отрицательный; ИФА IgG+ (титр 1:1280); реакция микропреципитации (РМП) 4+ (титр 1:32); реакция имму-

Рисунок 1. Мешотчатые аневризмы восходящего отдела и дуги аорты

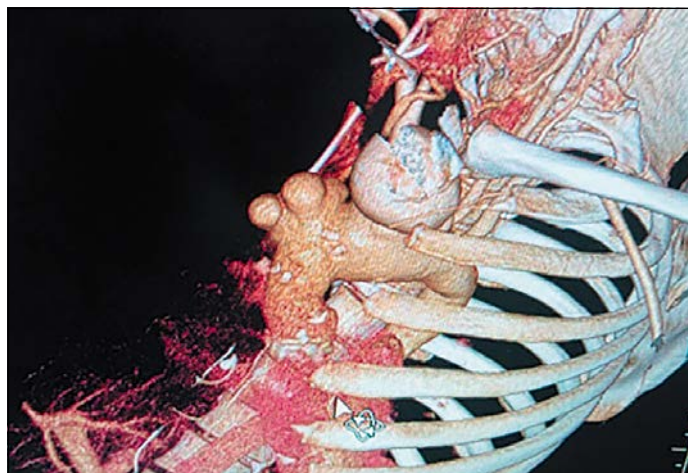
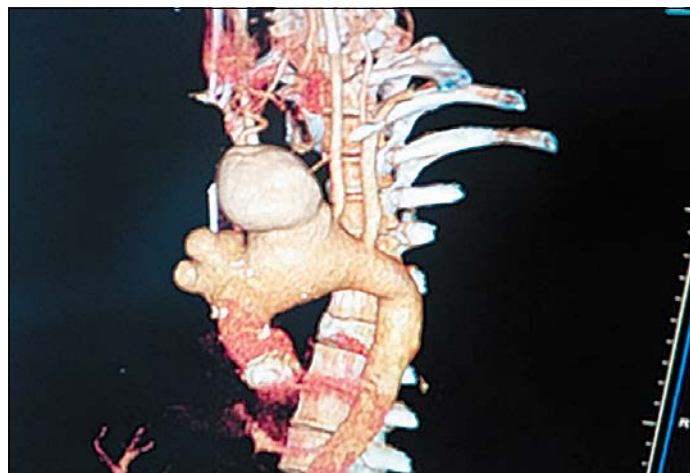
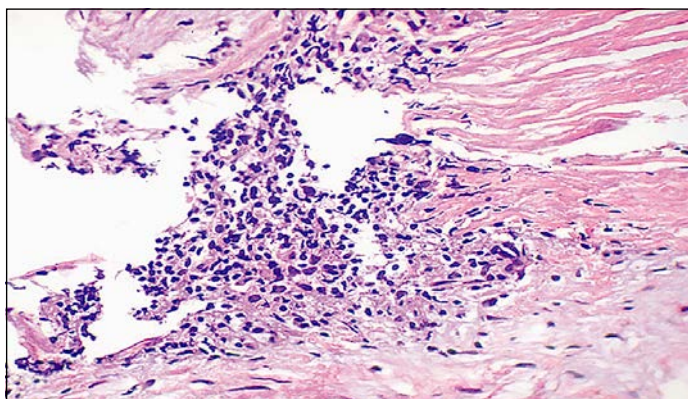


Рисунок 2. Воспалительный мононуклеарный инфильтрат в средней оболочке аорты (мезаортит). Ув×400



нофлуоресценции (РИФ₂₀₀) 2+; реакция пассивной геммагглютинации (РПГА) 4+ (титр 1:10240).

Диагноз кожно-венерологического диспансера: сифилис сердечно-сосудистой системы (А 52.0). Аневризма восходящей аорты, дуги аорты. Состояние после операции протезирования аортального клапана от 24.11.2017.

Больному было назначено специфическое лечение: подготовительный этап – доксициклин по 0,1 мг 2 раза в день 14 дней; 1-й курс лечения – пенициллина натриевая соль по 1,0 млн ЕД внутримышечно через 4 ч в течение 28 дней; 2-й курс лечения – пенициллина натриевая соль по 1,0 млн ЕД в/м через 4 ч в течение 14 дней.

В данном случае пациенту кардиологического профиля серологическое тестирование на сифилис проведено методом РМП вместо ИФА или РПГА. ИФА

на сифилис выполнен через 49 дней от момента госпитализации в стационар. При получении положительных результатов ИФА на сифилис от 23.11.17 и 24.11.17 в кардиохирургическом стационаре не было предпринято активных действий для дополнительного обследования и специфического лечения пациента. Специфическое лечение начато 23.01.18, т.е. через 2 мес после получения положительного ИФА и через 3,5 мес после госпитализации в стационар. Первый этап оперативного лечения (протезирование аортального клапана) осуществлен в условиях повышенного риска развития послеоперационных осложнений. Планируется второй этап оперативного лечения – протезирование восходящего отдела и дуги аорты.

Анализ клинических особенностей современного течения сифилиса выявляет как минимум две тенденции: с одной стороны, участились случаи висцеральных форм заболевания, с другой – увеличилась доля больных со скрытым течением инфекции. В этих условиях особого внимания требует соблюдение алгоритма клинико-лабораторного обследования пациентов не только дерматовенерологических, но и терапевтических (прежде всего кардиологических), хирургических и неврологических стационаров с акцентом на использование высокоспецифических серологических тестов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 20.06.20

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Paulo N, Cascarejo J, Vouga L. Syphilitic aneurysm of the ascending aorta. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*. 2012;14(2):223–5. DOI: 10.1093/icvts/ivr067
2. Sekine Y, Yamamoto S, Fujikawa T, Oshima S, Ono M, Sasaguri S. Surgical repair for giant ascending aortic aneurysm to superior vena cava fistula with positive syphilitic test. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2015;63(10):576–8. DOI: 10.1007/s11748-013-0317-2
3. Li W, Yin X-J, Liu H-Y, Yang R. Syphilitic aortic aneurysm with a pulmonary lesion: a case report and literature view. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1725. DOI: 10.1186/s40064-016-3397-5
4. Ghanem KG. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61(suppl 8):S818–36. DOI: 10.1093/cid/civ714
5. Savoskina V.O., Dunaeva G.O., Bondarenko G.M., Kutova V.V. A case of syphilitic aortitis complicated with aortic aneurysm. *International Medical Journal*. 2015;2:75–8. [Russian: Савоскина В.А., Дунаева Г.А., Бондаренко Г.М., Кутова В.В. Клинический случай сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты. *Международный медицинский журнал*. 2015;2:75–8]
6. Arakelyan V.S., Chshieva I.V., Papitashvili V.G., Getsadze G.G., Bortnikova N.V., Khon V.L. Surgical treatment of a patient with a syphilitic aneurysm of the descending thoracic aorta. *Russian Journal of Surgery*. 2017;22(4):232–6. [Russian: Аракелян В.С., Чшиева И.В., Папиташивили В.Г., Гецадзе Г.Г., Бортникова Н.В., Хон В.Л. Хирургическое лечение пациента с сифилитической аневризмой нисходящей грудной аорты. *Анналы хирургии*. 2017;22(4):232–6]