

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО АОРТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

Доц. В. А. САВОСЬКИНА, доц. Г. А. ДУНАЕВА,  
проф. Г. М. БОНДАРЕНКО, канд. мед. наук В. В. КУТОВАЯ

*Харьковская академия последипломного образования, Украина*

**Представлена клиническая симптоматика сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, на примере случая из практики авторов. Отмечены трудности диагностики данной патологии. Показана схема лечения, состоящего из специфической противосифилитической терапии и хирургической коррекции.**

*Ключевые слова: сифилитический аортит, аневризма аорты, сифилис.*

Сифилис сердечно-сосудистой системы относится к поздним формам сифилиса и обычно возникает в период от 5 до 40 лет после инфицирования. Сифилитический аортит развивается у 70–80% нелеченных больных после первичной инфекции, а у 10% из них появляются серьезные сердечно-сосудистые осложнения — аневризма аорты, стеноз аортального и коронарного клапанов, недостаточность аортальных клапанов. Поражение восходящей части аорты наблюдается в 50% случаев, арки — 35%, нисходящей аорты — 15% [1]. Сифилитический аортит может проявляться симптоматической болью в груди или симптомами сдавления окружающих органов, но возможно и его бессимптомное течение. Нередко сифилитический аортит, осложненный аневризмой аорты, является находкой при прохождении пациентом рентгенологического исследования грудной клетки или при разрыве аорты, что, как следствие, становится причиной летального исхода.

Клиническая симптоматика сифилитической аневризмы аорты зависит от ее локализации и размеров, направления роста, сдавления окружающих органов, а также от наличия сопутствующего поражения устьев венечных артерий и недостаточности митральных клапанов. Пациенты с аневризмой часто жалуются на загрудинную боль, одышку, иногда на боль в межлопаточной области слева. Симптомы сердечно-сосудистой недостаточности появляются преимущественно в тех случаях, когда аневризма сочетается с поражением устьев венечных артерий и недостаточностью аортальных клапанов.

К основным признакам сифилитической аневризмы аорты относятся:

- пульсирующие участки грудной клетки, чаще всего в области рукоятки грудины и вправо от нее;

- перкуторное увеличение контуров аорты в одну или обе стороны от рукоятки грудины соответственно пульсирующему участку грудной клетки;

- разница в пульсе — *pulsus differens* (меньшее наполнение и запаздывание пульсовой волны на стороне аневризмы), что может быть обусловлено

сужением устьев артерий, отходящих от дуги аорты, сдавливанием аневризмой близлежащих артерий, но чаще всего замедлением кровотока в аневризматическом мешке;

- своеобразный дующий систолический шум в зоне сосудистого притупления, выслушиваемый иногда самим больным, особенно в ночное время (при заполнении аневризмы тромботическими массами шум становится слабее и даже исчезает);

- симптомы сдавления аневризмой соседних органов и тканей: верхней полой вены, трахеи, бронхов, пищевода, нервных стволов и др. Аневризматическая опухоль может вызвать разрушение ребер, грудины, позвонков с симптомами сдавления спинного мозга или его корешков;

- симптомы прорыва аневризмы в соседние органы (трахею, бронхи, легкие, плевральную полость, пищевод, средостение, полость перикарда и др.), что отмечается почти у каждого четвертого больного с аневризмой. Этому способствует тяжелая физическая нагрузка, особенно после только что проведенного курса специфического лечения;

- развитие расслаивающей аневризмы аорты, чему благоприятствуют сопутствующий атеросклероз и артериальная гипертензия;

- рентгенологически — расширение и отчетливая пульсация сосудистой тени, резко очерченные и ровные ее края, неотделимость выбухающей тени от аорты при просвечивании в различных направлениях, иногда наличие на рентгенограмме линейного обызвествления по контуру аневризматического выпячивания. Для сифилитической аневризмы аорты не характерна гипертрофия левого желудочка сердца, так как в функциональном отношении аневризматическое расширение не представляет существенных препятствий для работы сердца. Напротив, иногда даже может наблюдаться атрофия левого желудочка, если у больного нет сопутствующей недостаточности клапанов аорты [2–6].

Без хирургического лечения смертность пациентов в течение года может достигать 80% из-за высокой скорости разрыва аневризм [7].

Приводим клинический случай сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, у 55-летней женщины.

Больная Т., 55 лет, жительница Харькова, пенсионерка, в прошлом спортсменка, поступила 04.02.2014 г. на стационарное лечение в венерологическое отделение ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» (ИДВ НАМНУ) с диагнозом «Сифилис поздний висцеральный. Сифилитический аортит, осложненный аневризмой аорты».

Впервые диагноз был поставлен в отделении кардиохирургии и неотложной кардиологии ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», где пациентка находилась на лечении с диагнозом аневризма аорты (реакция микропреципитации (РМП) на сифилис положительная).

Обследована в диспансерном дерматовенерологическом отделении Харьковской городской поликлиники № 3: реакция Вассермана положительная, 1:40, реакция пассивной гемагглютинации положительная, иммуноферментный анализ (ИФА) на сифилис положительный; ИФА на ВИЧ-инфекцию отрицательный. В мазках из цервика: лейкоциты — все поле зрения, из влагалища — 5–7 в поле зрения, гонококки и трихомонады не обнаружены, найдены споры и мицелий дрожжевых грибов.

При поступлении в ГУ «ИДВ НАМНУ» больная предъявляла жалобы на боли в грудной клетке, которые появились 2 года назад и очень беспокоили, особенно усиливаясь в положении лежа на спине. Обращалась к ортопедам-травматологам, был поставлен предположительный диагноз остеохондроза грудного отдела позвоночника.

Разведена 16 лет. Указывает на половую связь 10 лет назад, данных не называет. Бытовой контакт — сын Т., 1974 г. р., обследован на сифилис, здоров.

*Из анамнеза:* в возрасте 10 лет перенесла брюшной тиф. В 1974 г. — роды. С 1974 г. по настоящее время медицинские осмотры не проходила, кровь на сифилис не сдавала, в стационарах на лечении не находилась. Никогда не замечала высыпаний на коже туловища и половых органах. Головных болей не было. Алкоголь употребляет умеренно. Наркотики не употребляет. Антибиотики и метронидазол ранее не принимала. Самолечением никогда не занималась. Сифилис в анамнезе отрицает. Болела только ОРВИ.

*Объективный статус:* высокого роста — 174 см, обычного телосложения, нормального питания. Вес 66 кг. АД — 140/80 мм рт. ст., пульс ритмичный — 85 уд./мин. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, свободны от высыпаний. Отеков нет. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона во II межреберье справа с металлическим оттенком. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме.

*Неврологический статус:* отклонений от нормы нет.

Мультidetекторная (64-срезовая) компьютерная томографическая (КТ) ангиография восходящей аорты (с внутривенным болюсным контрастированием препаратом тамогексол-350, 100 мл), эффективная эквивалентная доза (ЭЭД) — 9 мЗв. При сканировании грудного отдела аорты в режиме КТ-ангиографии контрасти-



Рис. 1. Рентгенологическое исследование грудной клетки: расширение восходящего и частично нисходящего отделов аорты

рование аорты достаточное. Диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы — 36×39 мм, восходящего отдела — 51×51 мм, дуги — 65×65 мм, нисходящего отдела — до 41–39 мм. Аорта расширена на уровне восходящего отдела, дуги и частично нисходящего отдела, максимально — на уровне дуги. Отмечается частичное пристеночное тромбирование аневризматически расширенной аорты на уровне дуги и нисходящего отдела, максимальная толщина тромбированной части — 21 мм. Аневризма тесно прилежит к левым отделам тела Т5-позвонка, контур его на этом уровне вогнут (атрофия от давления). Расслоение аорты на уровне исследования достоверно не определяется. В аорте видны немногочисленные пристеночные обызвествленные атеросклеротические бляшки. Остальные крупные сосуды средостения — без видимых значимых патологических изменений.

Сердце увеличено в размерах за счет дилатации полостей. Тромбов в левом предсердии, левом желудочке не обнаружено. В полости перикарда свободной жидкости не выявлено.

В паренхиме базальных отделов легких видны линейные участки фиброза, в остальных отделах отмечаются единичные мелкие субплевральные обызвествленные очаги до 5 мм. Трахея, главные, долевы, сегментарные, субсегментарные бронхи проходимы. В средостении паратрахеально, подбифуркационно, парааортально видны лимфоузлы диаметром до 18 мм.

В костях на исследованном уровне деструктивных изменений не обнаружено.

*Заключение:* КТ-признаки веретенообразного аневризматического расширения восходящего отдела, дуги и частично нисходящего отдела аорты, максимально на уровне дуги, с частичным пристеночным тромбированием. Убедительных данных о расслаивающей аневризме грудной аорты нет.

На рис. 1 представлено рентгенологическое исследование, а на рис. 2 — мультиспиральная томограмма с 3В-реконструкцией аневризмы аорты.

*Эхокардиоскопия:* склеротические изменения аорты с расширением восходящего отдела до 47 мм и аневризмой в области дуги и нисходящей аорты (диаметр до 50 мм); гипертрофия левого желудочка.

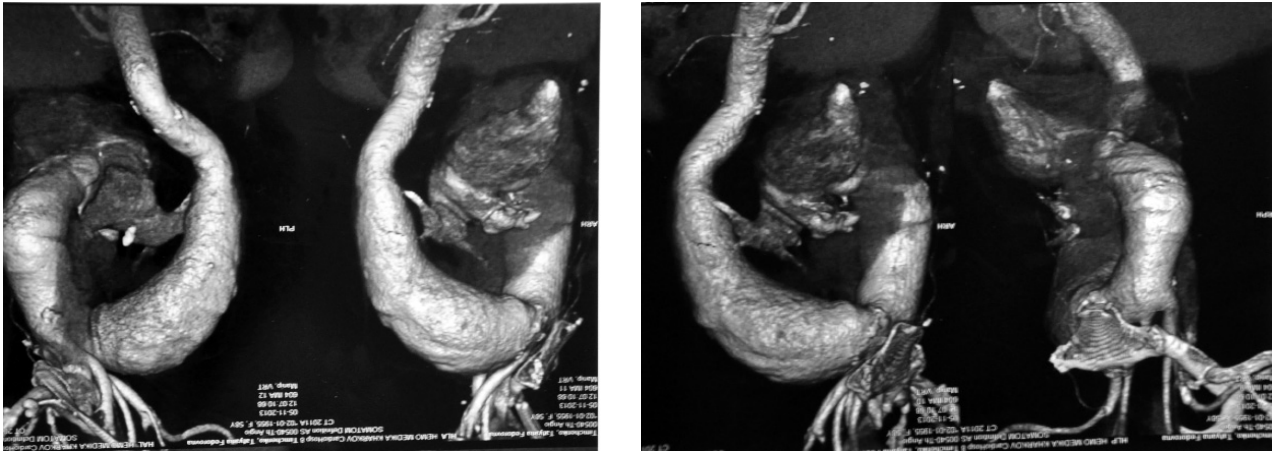


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография с 3D-реконструкцией демонстрирует аневризму дуги аорты

**При поступлении в стационар ГУ «ИДВ НАМНУ»:**  
 РВ — положительная, 1:20, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) — положительная, ИФА на сифилис — положительный, РМП — положительная, 1:8.

Клинический анализ крови: гемоглобин 127 г/л, эритроциты  $3,7 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель — 1,02, лейкоциты  $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 5%, сегментоядерные — 60%, эозинофилы — 3% в поле зрения, лимфоциты — 16%, базофилы — 2%, моноциты — 14%, СОЭ — 12 мм/ч.

Клинический анализ мочи: количество — 60,0 мл, цвет — светло-желтый, прозрачная, плотность — 1,010, реакция — 5,5; белок, глюкоза и кетоновые тела не обнаружены; лейкоциты — 1–3 в поле зрения микроскопа, эпителий плоский роговой местами в поле зрения, слизь — умеренное количество.

Биохимический анализ крови: глюкоза — 5,3 ммоль/л, общий белок — 74,6 г/л; билирубин общий — 14,9 мкмоль/л, конъюгированный — 2,35 мкмоль/л, Асат — 0,460 ммоль/ч/л, АлАТ — 0,320 ммоль/ч/л.

Больная получила 2 курса специфического противосифилитического лечения и была выписана

с улучшением самочувствия: исчезли боли за грудиной. Были даны рекомендации дальнейшего наблюдения и лечения у кардиохирургов.

В настоящее время кардиоваскулярный сифилис является достаточно редким заболеванием в развитых странах, однако в развивающихся странах уровень заболеваемости постоянно растет.

Трудность диагностики данной патологии заключается в том, что заболевание длительное время протекает бессимптомно и больные во время не обращаются за медицинской помощью. Серологическое обследование на сифилис, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ-ангиография, эхокардиография и коронарная ангиография являются обязательными для подтверждения данного диагноза. Необходимо проводить 2–3 курса специфической противосифилитической терапии.

Окончательным лечением аневризмы аорты является хирургическая коррекция, которая включает резекцию дилатационной части аорты и замену ее синтетическим сосудистым трансплантатом.

Список литературы

1. Paulo N. Syphilitic aneurysm of the ascending aorta / N. Paulo, J. Cascarejo, L. Vouga // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.*— 2012.— № 14 (2).— P. 223–225.
2. Jackman J. D. Cardiovascular syphilis / J. D. Jackman, J. D. Radolf // *Am. J. Med.*— 198.— № 87.— P. 425–433.
3. Мавров И. И. Половые болезни: руководство / И. И. Мавров.— Харьков: Факт, 2005.— 889 с.
4. Saraiva R. S. Syphilitic aortitis: diagnosis and treatment. Case report / R. S. Saraiva, C. A. César, M. A. Araújo de Mello // *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*— 2010.— Vol. 25, № 3.
5. Vaideeswar P. Syphilitic aortitis: rearing of the ugly head / P. Vaideeswar // *Indian J. Pathol. Microbiol.*— 2010.— № 53 (4).— P. 624–627.
6. Roberts W. C. Natural history of syphilitic aortitis / W. C. Roberts, J. M. Ko, T. J. Vowels // *Am. J. Cardiol.*— 2009.— № 104 (11).— P. 1578–1587.
7. Biju V. A rare case of tertiary syphilis complicated with aortic aneurysm in this era of early use of highly effective antibiotics / V. Biju, V. Rajesh, N. Shekar // *Indian J. of Sexually Transmitted.*— 2014.— Vol. 35 (1).— P. 46–48.

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИФІЛІТИЧНОГО АОРТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО АНЕВРИЗМОЮ АОРТИ**

В. О. САВОСЬКИНА, Г. О. ДУНАЄВА, Г. М. БОНДАРЕНКО, В. В. КУТОВА

Подано клінічну симптоматику сифілітичного аортиту, ускладненого аневризмою аорти, на прикладі випадку з практики авторів. Відзначено труднощі діагностики цієї патології. Показано

схему лікування, що складається зі специфічної протисифілітичної терапії і хірургічної корекції.

*Ключові слова: сифілітичний аортит, аневризма аорти, сифіліс.*

#### **A CASE OF SYPHILITIC AORTITIS COMPLICATED WITH AORTIC ANEURYSM**

V. O. SAVOSKINA, G. O. DUNAEVA, G. M. BONDARENKO, V. V. KUTOVA

**Clinical signs and symptoms of syphilitic aortitis complicated with aortic aneurysm are presented by the example of a case from the practice of the authors. Difficulties of this diagnosis are emphasized. Treatment protocol consisting of specific antisyphilis therapy and surgical correction is shown.**

*Key words: syphilitic aortitis, aortic aneurysm, syphilis.*

Поступила 10.04.2015