

Лосева О.К.¹, Квижинадзе Г.Н.¹, Залевская О.В.², Бохонович Д.В.²

ПОРАЖЕНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОЗДНЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОМ СИФИЛИСЕ (по данным Москвы и Московской области)

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы;

²ГБУЗ МО «Московский областной клинический кожно-венерологический
диспансер», 129110, г. Москва, Россия

Поражение аортального клапана (АК) при сифилисе является следствием развития сифилитического мезаортита. На нашем материале данная патология является самой частой у больных кардиоваскулярным сифилисом. Изменения аортального клапана отчетливо выявляются на эхоКГ. Сначала появляется уплотнение АК, кальциноз, склероз, фиброз, при этом развивается регургитация на АК, которая характеризует аортальную недостаточность (НАК) от I до IV степени. Имеется немало публикаций, в которых описаны клинические случаи развития НАК с последующей оперативной заменой АК. Поражение АК является не столь опасным в сравнении с аневризмами аорты, при которых может происходить разрыв или расслоение стенки аорты с летальным исходом. Однако НАК при сифилисе развивается, как правило, быстро, сопровождается тяжелым состоянием больного, а оперативное вмешательство может оказаться запоздалым и вызвать серьезные послеоперационные осложнения, в том числе и летальные. Все это заставляет внимательно относиться к описываемой патологии и в особенности к ранней ее диагностике.

Цель исследования – охарактеризовать клинические особенности сифилитического поражения АК, диагностированного у пациентов в Москве и Московской области в 2014–2015 гг.

Материал и методы. В 2014–2015 гг. в Москве и Московской области специфическое поражение АК было диагностировано у 91 больного: в Москве у 14 пациентов (9 мужчин и 5 женщин), в Московской области у 77 пациентов (55 мужчин и 22 женщины). Таким образом, среди больных ожидаемо преобладали мужчины в соотношении 2,4:1. Возраст больных на момент установления диагноза различался в широком диапазоне – от 34 до 79 лет (средний возраст 52,8 года). В соответствии с клинической картиной и данными эхоКГ больных разделили на три группы. В 1-ю группу включили 45 больных, у которых на эхоКГ обнаружено уплотнение, кальциноз АК, но без признаков НАК; во 2-ю группу ($n = 17$) – с развитием НАК различной степени; в 3-ю группу ($n = 29$) – с сочетанными поражениями, когда обнаружены изменения АК и аневризма аорты либо стеноз коронарных артерий.

Результаты. Больных преимущественно выявляли в кардиологических отделениях, а также в неврологическом, гинекологическом, травматологическом, стоматологическом, терапевтическом, дерматологическом, наркологическом, хирургическом, гастроэнтерологическом отделениях или при прохождении медосмотра, при оформлении РВП, при получении заключения в санаторий. У больных были жалобы на боли за грудиной, одышку ночью и при физической нагрузке, сердцебиение, слабость, головокружение. В структуре сопутствующих заболеваний преобладали: гипертоническая болезнь разной степени тяжести, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет 2-го типа. Леченый

сифилис в анамнезе отметили 62 (68,1%) больных. Глубина анамнеза от 30 лет до нескольких месяцев. Серологические реакции на момент диагностики: у 22 (24,1%) больных РМП оказалась отрицательной, у остальных она была резко положительной с титрами от 1:2 до 1:16, РПГА была у всех положительной с широким диапазоном титров – от 1:80 до 1:20480, ИФА (IgM+IgG) также положительный с КП от 5 до 16,22. Специфическое лечение получили 86 больных, не получили 3 (умерли от нарастающей тяжелой сердечной недостаточности до лечения). Нет сведений о специфическом лечении 2 больных. Оперированы 2 больных из 3-й группы, с сочетанным поражением АК и стенозом коронарных артерий (стенотирование коронарных артерий, протезирование клапанов сердца). Специфическое лечение было эффективным главным образом у больных из 1-й группы (улучшение общего состояния, полное или частичное восстановление трудоспособности и отсутствие прогресса патологических изменений на эхоКГ).

Обсуждение. Поражение АК при кардиоваскулярном сифилисе является наиболее частой локализацией осложнений сифилитического аортита, выявляемой преимущественно у мужчин. Эхо-КГ дает возможность оценить тяжесть патологического процесса. Начальные стадии его развития, проявляющиеся уплотнением и кальцинозом, представляют определенные трудности в дифференциальной диагностике (сифилис или атеросклероз, а возможно, оба эти процесса?), но в то же время дают основание надеяться на положительное влияние специфического консервативного лечения, способного на этом этапе приостановить патологический процесс. Поэтому так важна ранняя диагностика. Если уже развилась НАК, то, как правило, требуется оперативное вмешательство. В этих случаях нельзя терять время, необходима консультация кардиохирурга для определения степени срочности операции. При срочных показаниях операцию проводят до специфического лечения, а при возможности ее отсрочить – после. Причиной смерти 3 из наблюдаемых нами больных во всех случаях была быстро нарастающая сердечная недостаточность и, следовательно, ошибки в тактике ведения: неверная оценка степени срочности оперативного вмешательства и риска летального исхода.

Выводы

1. Ранняя диагностика сифилитического поражения АК – это диагностика до развития НАК (была реализована у половины наблюдаемых нами больных).
2. Специфическая терапия у больных этой группы дает несомненный клинический эффект. Выявление данной патологии у серопозитивных больных возможно с помощью эхоКГ.
3. Подавляющее число больных с поражением АК (68%) имеют леченый сифилис в анамнезе.
4. При ведении больных с поражением АК необходимо обязательное участие кардиохирурга.