

**ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО**

**Поздний кардиоваскулярный сифилис
с аневризмой аорты
(клиническое наблюдение)**

доц. Тахташов И.Р.

**г.Донецк
14.06.2023г.**

Актуальность темы

В последние годы на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом наблюдается рост его поздних форм, в т. ч. со специфическими поражениями сердечно-сосудистой системы.

Неблагоприятный прогноз позднего кардиоваскулярного сифилиса (ПКВС) объясняется его запоздалой диагностикой — значительная часть больных на момент постановки диагноза уже нуждаются в серьезном хирургическом вмешательстве

Цель исследования

Представить случай позднего кардиоваскулярного сифилиса, осложненного аневризмой аорты у больной поздним сифилисом.

Клинический случай

Пациентка, 51 года, обратилась на консультацию кожно-венерологический диспансер в связи с выявлением положительных серологических реакций на сифилис при прохождении профилактического осмотра.

Клинический случай

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Половой анамнез. Не замужем. Половая связь 9-10 месяцев назад.

Бытовых контактов нет. Донором и реципиентом в течение последних 5-ти лет не была.

1 год назад РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами отрицательные, микрореакция преципитации (МРП) отрицательная

Клинический случай

Locus morbi: кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний.

Паховые и регионарные лимфатические узлы до 0,3-0,5 см в диаметре, плотной консистенции подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой, безболезненные при пальпации.

Клинический случай

Осмотрена смежными специалистами:

ЛОР-врач – патологии не выявил.

Врач-невролог – неврологической патологии не выявлено.

Врач-терапевт - ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз ГБ

II ст.

Врач-окулист - глазное дно в норме.

Результаты серологического обследования:

РСК с кардиолипиновым и с трепонемным антигенами положительные 4+, МРП положительная 4+ (титр 1:64).

Реакция иммунофлюорисценции (РИФ) -200 и –абс. положительная 3+ двукратно с интервалом в 2 недели.

Клинический случай

После окончания лечения пациентка изменила место проживания и клинико-серологического контроля не проходила.

Клинический случай

Через 4 года пациентка года обратилась в КВД повторно. Жалоб на высыпания на коже и слизистых не предъявляет. Половой анамнез. Не замужем. Бытовых контактов нет.

Анамнез жизни. 2-3 года отмечает появление и постепенное нарастание одышки, отеки нижних конечностей, перебои в деятельности сердца, чувство неритмичного сердцебиения, нарастание отеков нижних конечностей с прибавкой в весе до 20 кг, снижение АД до 100/30-40 мм рт.ст.

Клинический случай

ЭХОКГ: Аорта корень 5,6 см, Восходящий отдел 6,7 см, КДР 5,8 см, КДО – 394 мл. Выраженная недостаточность аортального клапана, Дилятация обоих предсердий. Легочная гипертензия 55-60 мм рт. ст. Экоцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Перикард выпота не содержит. ФВ39%.

На МОКТ ОГК выявлено расширение восходящего отдела аорты с угрозой разрыва: аортальное кольцо 35мм, синус Вальсаны 69 мм, синобулярный переход 62 мм, высота корня 56 мм, трубчатая часть на уровне правой легочной артерии 40 мм, проксимальная горизонтальная часть 39 мм, средняя горизонтальная часть 27 мм, перешеек 31 мм, нисходящая часть 28 мм, левая ЛА 32 мм.

Клинический случай

Пациентке произведена стернотомия, протезирование восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом (МЕДИНЖ-23) с реимплантацией устьев коронарных артерий, пластика митрального, трикуспидального клапанов по Батиста, ушивание ушка ЛП.

Клинический случай

Жалоб на высыпания не предъявляет.

Половой анамнез. Не замужем.

Бытовых контактов нет.

Донором и реципиентом в течение последних 5-ти лет не была.

Locus morbi: кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний.

Клинический случай

Осмотрена смежными специалистами:

ЛОР-врач – патологии не выявил.

Врач-невролог – неврологической патологии не выявлено.

Врач-терапевт - аневризма восходящего отдела аорты.

Специфический мезоартит. Стернотомия, протезирование восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом (МЕДИНЖ-23) с реимплантацией устьев коронарных артерий, пластика митрального, трикуспидального клапанов по Батиста, ушивание ушка ЛП, аортальная недостаточность 1 ст., митральная недостаточность 1 ст., ХСН 2А ФК 2. Легочная гипертезия 1 ст.

Врач-окулист: глазное дно без особенностей.

Клинический случай

Результаты серологического обследования: РСК с кардиолипиновым и с трепонемным антигенами положительные 4+, МРП положительная 4+ (титр 1:4). РИФ -200 и –абс. положительные 4+ двукратно с интервалом в 2 недели.

Клинический случай

На основании данных объективного осмотра, серологического обследования, осмотра смежными специалистами, анамнеза и эпидемиологического анамнеза пациентке установлен диагноз: сифилис скрытый поздний. Соп. Аневризма восходящего отдела аорты. Мезоаортит. Стернотомия, протезирование восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом (МЕДИНЖ-23) с реимплантацией устьев коронарных артерий, пластика митрального, трикуспидального клапанов по Батиста, ушивание ушка ЛП. Аортальная недостаточность 1 ст., митральная недостаточность 1 ст., ХСН 2А ФК 2. Легочная гипертезия 1 ст.

Назначено лечение согласно существующих нормативных документов.

Выводы

1. Развитие ПКВС возможно даже после проведенного полноценного лечения по поводу сифилиса.
2. Обязательный клинико-серологический контроль является важным фактором в профилактике развития ПКВС.
3. Выполнение ЭхоКГ должно являться обязательным компонентом обследования всех больных у которых после лечения сохраняются высокие титры антител нетрепонемных тестов с целью максимально раннего выявления ПКВС.

Спасибо за внимание