УДК: 616.972:616.1

**СПЕЦИФІЧНЕ УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ. АКЦЕНТ НА КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ СИФІЛІС.**

*Чернікова Л.І.*

*Харківський національний медичний університет*

*Ключові слова:* *сифіліс, серцево-судинна система, ознаки ураження*

Епідеміологічна ситуація щодо сифілісу в Україні є складною. Тривогу дерматовенерологів спричиняє як досить високий рівень захворюваності на цю інфекцію, так і тенденція до зростання кількості хворих із прихо­ваними та пізніми формами сифілісу. Сифіліс є інфекція з хвилеподібним перебігом, що характеризується зміною періодів зростання та спаду захворюваності. При збільшенні захво­рюваності зазвичай різко зростає кількість хворих із заразними формами сифілісу, а при зниженні - підвищується питома вага хворих з прихованими й пізніми маніфестними формами сифілісу нервової систе­ми та внутрішніх органів [1-3].

Сифіліс, при якому спостерігається ураження внутрішніх органів, називається вісцеральним. Найбільш часто сифілітичні ураження розвиваються у внутрішніх органах з найбільшими функціональними навантаженнями( серце, легені, печінка, шлунок). Розрізняють ранні і пізні форми вісцерального сифілісу. Ранні форми вісцерального сифілісу спостерігаються в ранньому періоді захворювання і при цьому порушується тільки функція уражених органів. У деяких хворих можуть спостерігатися запальні і дегенеративні ураження внутрішніх органів. Пізні форми вісцерального сифілісу спостерігаються в пізньому періоді захворювання. Зміни у внутрішніх органах супроводжуються деструктивними ураженнями, виявляється специфічне гранулематозне запалення [4-6].

Рання діагностика початкових проявів специфічних уражень внутрішніх органів має особливе значення, так як своєчасно розпочате лікування запобігає розвитку незворотних інвалідизуючих форм, що нерідко призводять до смерті хворого. У той же час, хворих із сифілісом внутрішніх органів зазвичай виявляють пізно. Нерідко допускаються серйозні діагностичні помилки, незважаючи на явні симптоми захворювання [7]. В значній мірі це обумовлюється тим, що дермато-венерологи та лікарі суміжних спеціальностей, до яких вперше звертаються такі хворі, недостатньо знають клінічні форми сифілісу внутрішніх органів, не проводять серологічного обстеження хворих, які перебувають під їх наглядом. Проблема контролю за сифілітичною інфекцією залишається актуальною і сьогодні [3,8-11]. Вважаємо цікавим дослідити особливості клінічного перебігу кардіоваскулярного сифілісу у хворих з раннім і пізнім вісцеральним сифілісом, що може бути корисним для лікарів дермато-венерологів, терапевтів, сімейних лікарів.

Для раннього кардіоваскулярного сифілісу характерно ураження міокарду, яке супроводжується токсико-інфекційною дистрофією. У таких хворих відзначають функціональні розлади з боку серця (серцебиття, притуплення тонів). Діагноз раннього вісцерального сифілісу може бути встановлений у хворих з гострим процесом в тому чи іншому органі, розвиток якого співпадає по часу з активними проявами первинного і вторинного сифілісу [1-7,10].

Кардіоваскулярний сифіліс у нинішній час становить майже 90% усіх випадків пізнього вісцерального сифілісу [4-7,10]. Найчастіше уражається аорта, рідше міокард, можливе одночасне ураження як аорти, так і міокарда. При сифілітичному мезаортиті ура­жається висхідна частина аорти, де розвивається дифузний гумозний інфільтрат у середньому шарі аорти навколо vasa [vasorum](file:///C%3A%5Casorum). У результаті розшарування й руйнуванням м’язових та еластичних волокон зменшується міцність стінки аорти й поступово виникає її розширення. Послідовно такий інфільтрат заміщується сполучною тканиною й ускладнюється ате­роматозом. Початкові форми мезаортиту не спричиняють помітних роз­ладів і діагностуються випадково при рентгенологічному обстеженні, якщо визначають локальне розширення аорти, найчастіше її висхідної час­тини, рідше дуги та ще рідше низхідної частини. У тяжких випадках хво­рих непокоять біль у ділянці груднини й серця після фізичних та нервових перевантажень, задишка, швидка втомлюваність. При аускультації зазна­чають систолічний шум на аорті й акцент II тону, нерідко з металевим відтінком. Частоту серцевих скорочень та пульс не змінено. Ускладнення­ми аортиту можуть бути аневризма, недостатність аортальних клапанів, звуження устя вінцевих артерій. Якщо переважає ураження коронарних судин серця, то поряд із нападами стенокардії з'являються ознаки серце­вої астми, які виникають на тлі зростання серцево-судинної недостат­ності [1-7,10 ].

Якщо процес локалізовано в ділянці клапанного апарату аорти, то посту­пово розвивається картина недо­статності клапанів аорти. Спос­терігаються блідість обличчя, пульсація судин шиї, низький діастолічний тиск. При аускультації по­ряд із систолічним визначається й діастолічний шум. Сифілітична не­достатність клапанів аорти ніколи не поєднується зі стенозом устя аорти й має здебільшого несприят­ливий перебіг (часто декомпенсується) та супроводжується майже постійним відчуттям болю в грудях [10].

Ураження устя вінцевих ар­терій проявляється нападами сте­нокардії. Надалі мезаортит може призвести до розвитку аневризми аорти, яка відрізняється від аортиту лише ступенем розширення аорти. Аневризма має дифузну веретеноподіб­ну форму або утворює мішкувате випинання, з'єднане з аортою вузьким отвором. Із часом аневризма втрачає структуру аортальної стінки й пере­творюється на сполучнотканинний мішок, заповнений тромботичними масами, які, в свою чергу, можуть бути джерелом емболії. У рідкісних ви­падках вони можуть перетворитися на щільну масу й призвести до запус­тіння аневризматичної порожнини та спонтанного вилікування аневризми. Але найчастіше аневризма зростає, стискає органи межистіння. призво­дить до руйнування хрящів, кісток і врешті-решт розривається.

Раннім симптомом сифілітичної аневризми аорти є біль у різних місцях грудної клітки залежно від напрямку зростання аневризми. Однак зустріча­ються випадки безсимптомного перебігу аневризми, яка через великий розмір може руйнувати груднину та ребра. При огляді грудної клітки вияв­ляють пульсуючу пухлину й розвиток венозних судин по лінії прикріплення діафрагми. Пульс на променевій артерії залежно від локалізації аневризми різний на обох кінцівках як за наповненням, так і за часом появи. Артері­альний тиск не підвищено. Діагноз аневризми підтверджується рентгено­логічно. Сифілітичну аневризму диференціюють із пухлинами грудної клітки, в цьому допомагають результати серологічного обстеження, які майже завжди є позитивними [1,3, 5-7].

Основні признаки сифілітичної аневризми аорти**:**

* пульсуючі ділянки грудної клітини в області рукоятки грудини і вправо від неї;
* перкуторне збільшення контурів аорти в одну або дві сторони від рукоятки грудини;
* різниця в пульсі – менше наповнення і сповільнення пульсової хвилі на стороні аневризми;
* своєрідний дуючий систолічний шум в зоні судинного притуплення;
* симптоми здавлення аневризмою сусідніх органів і тканин: верхньої порожнистої вени, трахеї, бронхів, стравоходу, нервових стовбурів;
* симптоми прориву аневризми в сусідні органи ( в трахею, бронхи, легені, плевральну порожнину, стравохід, порожнину перикарда, середостіння)
* рентгенологічно – розширення і виразна пульсація судинної тіні, різко окреслені її края, невіддільність вибухаючої тіні від аорти при просвічуванні в різних напрямах [4].

Сифілітичний міокардит виникає і як самостійний прояв вісцерально­го сифілісу, і як ускладнення аортиту. Він проявляється утворенням гум або хронічного проміжного (гумозного) міокардиту. Гуми серця зустрічаються дуже рідко й мають безсимптомний перебіг. Частими клінічними ознаками гумозного міокардиту є задишка, загальна кволість, швидка втомлюваність, іноді біль у ділянці серця. Об'єктивно зазначають синюшність шкіри, роз­ширення меж серця, порушення його ритму. Серологічні реакції переважно позитивні. Гумозні ендо- й перикардити виникають вельми рідко. Що сто­сується ураження кровоносних судин при третинному сифілісі, то можуть спостерігатися хронічні або гумозні флебіти [10].

Можна зробити висновок, що клінічна симптоматика ранніх сифілітичних уражень не має рис, притаманних тільки сифілісу, й не відрізняється від патології при східних нозологічних формах ураження того чи іншого органа. Це підтверджує необхідність у всіх хворих, які перебувають у стаціонарах загального профілю, досліджувати кров на серологічні реакції. При діагностуванні пізніх форм сифілісу треба враховувати, що їм притаманне одночасне ураження декілька внутрішніх органів, нервової системи. Вирішальним при діагностиці вісцерального сифілісу є висновок клініциста, заснований на комплексному обстеженні внутрішніх органів і нервової системи. Позитивні серологічні реакції крові (ІФА, РІФ, РПГА, РІБТ), вказівка на захворювання на сифіліс в анамнезі, підтверджують клінічний діагноз. Хворі з підозрою на кардіоваскулярний сифіліс повинні бути обстежені у терапевта, кардіолога з застосуванням сучасних методів діагностики: рентгенографії, томографії, УЗО, ехокардіографія [4-7,10].

Література:

1. Аковбян В. А. Сифилис. / В.А. Аковбян, В.И. Прохоренков, А.И. Новиков. М.: Медкнига, 2002. 300 с.

2. Аствацатуров К. Р. Сифилис, его диагностика и лечение: Руководство для врачей / К.Р. Аствацатуров. М.: Медицина, 1971. 432 с.

3. Мавлютова Г. И.Практические аспекты эволюции клинических маркеров сифилитической инфекции. Учебное пособие для врачей. // Мавлютова Г. И., Юсупова Л. А., Минуллин И. К*.-*Казань: Медок. 2013. 36 с.

4. Адаскевич В.П. Инфекции*,* передаваемые половым путем. / В.П. Адаскевич –М.-1999.- 413с

5. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология: учебное пособие/Ю.К.Скрипкин, Ю.С.Бутов. // М.: ГЭОТАР-Медиа 2009; ΙΙ: 8: 212-33.

6. Борисенко К.К. *Заболевания,* передаваемые половым путем. /К.К. Борисенко К. – М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.-122 с.

7. Фришман М. П. Ошибки в диагностике сифилиса./ *М.П.Фришман.* Киев: Здоровье, 1983. 136 с.

8. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006 // MMWR, 2006, vol. 55, 94 p.

9. Дмитриев Г. А. Сифилис: феномен, эволюция, новация. / Г.А. Дмитриев, О.В. Доля, Т.И. Васильева. М.: Бином, 2010. С. 367.

10*.* Дерматологія, венерологія. Підручник/За редакцією В.І. Степаненка. – К.: КІМ, 2012. – 848 с., 253 іл.

11. Чеботарев В. В*.* Сифилис./ В.В.Чеботарев. Ставрополь: Типография «Седьмое небо». 2010. С. 445.

**СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ. АКЦЕНТ НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ СИФИЛИС.**

Черникова Л.И.

Харьковский национальный медицинский университет

***Резюме***. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению количества больных со скрытыми и поздними формами сифилиса. В статье рассматриваются вопросы клиники и диагностики раннего и позднего кардиоваскулярного сифилиса.

***Ключевые слова:*** *сифилис, сердечно-сосудистая система, признаки поражения*

**SPECIFIC LESION OF INTERNAL ORGANS. EMPHASIS ON CARDIOVASCULAR SYPHILIS.**

*Chernikova L.I.*

*Kharkiv National Medical University*

***Summary***. At present, there is a tendency to increase the number of patients with latent and late forms of syphilis. The article deals with features of clinicаl manifestation and diagnostics of early and late cardiovascular syphilis.

***Key words***: *syphilis, cardiovascular system, signs of lesion*