

Кардиоваскулярный сифилис (современное состояние проблемы и анализ собственных наблюдений)

А.Б. Кривошеев, А.П. Надеев, А.Д. Куимов, М.А. Травин

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Аннотация

Представлено описание двух случаев кардиоваскулярного сифилиса. Во введении обсуждается актуальность проблемы висцерального сифилиса. Обзор литературы построен в хронологическом формате и отражает этапы изучения проблемы кардиоваскулярного сифилиса. Делается акцент, что кардиоваскулярный сифилис в настоящее время редкая патология и с ней чаще сталкиваются врачи-интернисты. Верификация патологии сердечно-сосудистой системы, в том числе и аневризмы аорты, при ранних стадиях сифилиса (ранний латентный) не исключает вариант сочетанной патологии. Ранние формы сифилиса у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы следует считать фактором, затрудняющим диагностику. Такие пациенты должны подвергаться тщательному обследованию для выявления причины заболевания. Обоснование диагноза кардиоваскулярного сифилиса требует комплексной оценки результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования пациента. Предварительный диагноз специфической этиологии аневризмы аорты должен базироваться на следующих критериях: 1) относительно молодой возраст больных с социально неадекватным сексуальным поведением; 2) внезапное начало и стремительное прогрессирование основных признаков болезни. Всем пациентам с впервые выявленной аневризмой аорты на амбулаторном этапе необходимо проводить серологическое обследование. Диагноз кардиоваскулярного сифилиса, а именно сифилитического мезаортита, может быть установлен или подтвержден при патологоанатомическом исследовании.

Ключевые слова: висцеральный сифилис, кардиоваскулярный сифилис, аневризма аорты, сифилитический мезаортит, патологоанатомическое исследование.

Для цитирования: Кривошеев А.Б., Надеев А.П., Куимов А.Д., Травин М.А. Кардиоваскулярный сифилис (современное состояние проблемы и анализ собственных наблюдений). *Терапевтический архив.* 2019; 91 (11): 85–89. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000246

Cardiovascular syphilis (current state of the problem and analysis of own observations)

A.B. Krivosheev, A.P. Nadeev, A.D. Kuimov, M.A. Travin

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

A description of two cases of cardiovascular syphilis is presented. The introduction discusses the relevance of visceral syphilis. The literary review is constructed in a chronological format and reflects the stages of studying the problem of cardiovascular syphilis. It emphasizes that cardiovascular syphilis is currently a rare pathology and internists are more likely to encounter it. Verification of the pathology of the cardiovascular system, including aortic aneurysm, during the early stages of syphilis (early latent) does not exclude the option of combined pathology. Early forms of syphilis in patients with diseases of the cardiovascular system should be considered a factor that complicates diagnosis. Such patients should be carefully examined to determine the cause of the disease. Rationale for the diagnosis of cardiovascular syphilis requires a comprehensive assessment of the results of clinical, laboratory and instrumental examination of the patient. A preliminary diagnosis of the specific etiology of an aortic aneurysm should be based on the following criteria: 1) relatively young age of patients with socially inappropriate sexual behavior; 2) sudden onset and rapid progression of the main signs of the disease. All patients with newly diagnosed aortic aneurysm at the outpatient stage should perform a serological examination. The diagnosis of cardiovascular syphilis, namely a syphilitic mesaortitis, can be established or confirmed by an autopsy.

Keywords: visceral syphilis, cardiovascular syphilis, aortic aneurysm, syphilitic mesaortitis, pathoanatomical research.

For citation: Krivosheev A.B., Nadeev A.P., Kuimov A.D., Travin M.A. Cardiovascular syphilis (current state of the problem and analysis of own observations). *Therapeutic Archive.* 2019; 91 (11): 85–89. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000246

АД – артериальное давление

в/в – внутривенно

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КФК – креатинфосфокиназа

КФК-МВ – МВ-фракция креатинфосфокиназы

ФК – функциональный класс

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

Ig – иммуноглобулин

При сифилисе висцеральные поражения могут развиваться в любых внутренних органах и системах больного (легкие, сердце и сосуды, желудок, печень, эндокринные железы, нервная система). Эти изменения носят воспалительный или дистрофический характер, могут длительно протекать бессимптомно или проявляться различными функциональными расстройствами. Поражения внутренних органов могут формироваться на любой стадии заболевания и, как правило, не имеют специфических клинических проявлений [1–3].

Поражения сердечно-сосудистой системы при сифилисе весьма вариабельны. Согласно классификации МКБ-10 вы-

деляют: кардиоваскулярный сифилис БДУ (198.0), сифилитическую аневризму аорты (179.0), аортальную недостаточность (139.1), аортит (179.1), церебральный артериит (168.1), эндокардит БДУ (139.8), миокардит (141.0), перикардит (132.0).

Частота регистрации кардиоваскулярного сифилиса варьирует в широких пределах. Ранее существовала концепция, что поражение внутренних органов возможно даже при наличии сифилиса в анамнезе. Поэтому Г.Ф. Ланг считал, что у 80–90% пациентов, перенесших сифилис и эффективно пролеченных, могут иметь место выраженные клини-

ческие изменения аорты [4]. Вместе с тем такая высокая частота специфической сердечно-сосудистой патологии при сифилисе не находит подтверждения в статистиках других авторов. В частности, Г. Николов указывает, что кардиоваскулярный сифилис выявляется только в 9,1% случаев [5]. Возможно, это связано с тем, что лишь у 10% больных сифилисом такие поражения диагностируются при жизни.

Формирование специфических поражений сердечно-сосудистой системы более характерно при позднем сифилисе. Именно при поздних формах наблюдаются деструктивные изменения внутренних органов. Чаще всего регистрируются специфические поражения сердечно-сосудистой системы (мезоартрит, недостаточность аортальных клапанов, аневризма аорты, миокардит, гуммозные эндо- и перикардиты) [6–8].

По статистическим данным последних лет, в Российской Федерации наблюдается резкое нарастание доли поздних форм сифилиса, которые составляют 20,3% [9–11]. Аналогичная динамика регистрируется в странах Европы, Азии, Америки [12–16]. Среди неблагоприятных тенденций следует отметить увеличение показателей заболеваемости поздними формами сифилиса, в частности кардиоваскулярного сифилиса в 2 раза [17–19].

По срокам от момента заражения сифилис условно разделяют на ранние (до 2 лет с момента заражения) и поздние (более 2 лет с момента заражения) формы. При ранних формах чаще всего развиваются функциональные расстройства пораженных органов. В патологический процесс преимущественно вовлекается сердце (ранний кардиоваскулярный сифилис). Формирование специфических поражений сердечно-сосудистой системы более характерно при позднем сифилисе. Именно при поздних формах наблюдаются деструктивные изменения внутренних органов. Чаще всего регистрируются специфические поражения сердечно-сосудистой системы (мезоартрит, недостаточность аортальных клапанов, аневризма аорты, миокардит, гуммозные эндо- и перикардиты) [20–22]. В качестве иллюстрации данной проблемы приводим два собственных наблюдения.

Больной К., 41 год. В ходе планового диспансерного обследования 26.02.2008 проведена флюорография грудной клетки. Обнаружена гомогенная инфильтративная тень без четких контуров верхней доли правого легкого. Пациент направлен на консультацию в районный онкологический диспансер с предварительным диагнозом «*Blastoma* средостения». При обследовании выявлен лимфаденит неясной этиологии и объемное образование средостения справа (рис. 1). При консультации торакальным хирургом (15.09.08) диагностирована аневризма аорты. Для уточнения диагноза 16.09.08 была проведена эхокардиография. Верифицирована аневризма восходящего отдела аорты 7,3 см (рис. 2). Больной взят под наблюдение кардиологом с диагнозом: «Аневризма восходящего отдела аорты, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения функционального класса (ФК) II, артериальная гипертензия II степени, стадия I, риск 2». 17.11.08 направлен в ФГБУ «НМИЦ им.



Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки больного К. Аневризма аорты.

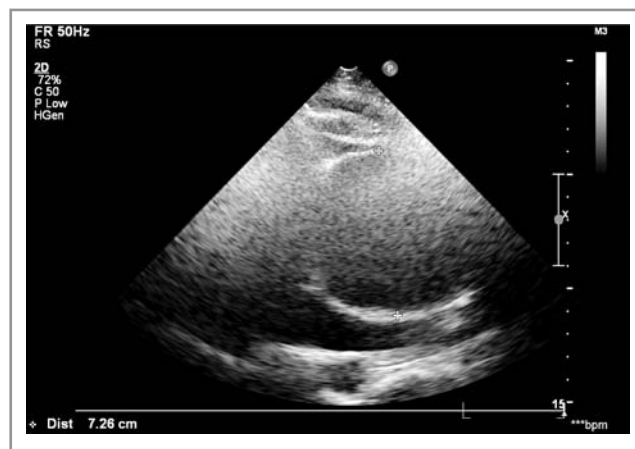


Рис. 2. Эхокардиограмма больного К. Аневризма восходящего отдела аорты.

акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России (Новосибирск) на оперативное лечение. При контрольном серологическом обследовании на госпитальном уровне (проведено больному впервые) выявлено: RW (++++); RW-иммуноферментный анализ: иммуноглобулин (Ig) M (+), IgG (+ >1:1280). С диагнозом: «Сифилис латентный ранний» 19.12.08 переведен в кожно-венерологический диспансер №1 г. Новосибирска на дообследование и специфическое лечение. 20.12.08 в 06:00 пациент стал предъявлять жалобы на кашель, одышку, усиливающуюся при минимальной нагрузке и в положении лежа, а также затруднение дыхания. Зарегистрирован подъем артериального давления (АД) до 160/100 мм рт.ст. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение городской клинической больницы №1 г. Новосибирска и госпитализирован в отделение неотложной терапии.

Сведения об авторах:

Надеев Александр Петрович – д.м.н., проф., зав. каф. патологической анатомии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, ORCID: 0000-0001-9428-2835

Куимов Андрей Дмитриевич – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, ORCID: 0000-0003-3961-9647

Травин Михаил Андреевич – к.м.н., доцент каф. патологической анатомии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, ORCID: 0000-0001-6385-5784

Контактная информация:

Кривошеев Александр Борисович – д.м.н., проф. каф. факультетской терапии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, тел.: 8(913)953-73-44, 8(383)226-66-14; e-mail: krivosheev-ab@narod.ru; ORCID: 0000-0002-4845-8753

Состояние больного при поступлении тяжелое и обусловлено острой левожелудочковой недостаточностью на фоне расслаивающейся аневризмы восходящего отдела аорты. Объективно: аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, по всем полям влажные хрипы, частота дыханий 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические тоны и шумы не выслушиваются, частота сердечных сокращений (ЧСС) 110 в 1 мин, дефицита пульса нет. Периферических отеков нет. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 12,0×9,0×8,0 см, селезенка не увеличена. Начали терапию: мочегонные препараты [фуросемид 80 мг внутривенно (в/в)], периферические вазодилататоры (изокет 0,1% в/в, в инфузомате со скоростью 2 мл/ч). Явления острой левожелудочковой недостаточности купированы. Сохраняются единичные застойные хрипы в нижнебазальных отделах легких, частота дыханий 20 в 1 мин, ЧСС 92 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

Результаты обследования. Общий анализ крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 49%, лимфоциты 45%, моноциты 2%, гемоглобин 126 г/л, гематокрит 35,3%, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов 12 мм/ч. Общий анализ мочи: норма. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 4,0 мкмоль/л, прямой – 0. Аланинаминотрансфераза – 0,21 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза – 0,32 мкмоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген – 2,2 г/л, протромбиновый индекс – 96,4%. Креатинфосфокиназа (КФК) – 143,0 Ед/л (норма до 171,0 Ед/л). МВ-фракция креатинфосфокиназы (КФК-МВ) – 29,0 Ед/л (норма до 24,0 Ед/л).

Электрокардиография (ЭКГ): ритм синусовый, ЧСС 84 в 1 мин, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Компьютерная томография: фиброзные изменения правого легкого. Фиброателектаз S_{III} правого легкого. Бронхоэктазы S_{III} правого легкого. Аневризматическое расширение восходящего отдела грудной аорты: корень аорты резко расширен до 70 мм, восходящий отдел аорты расширен до 64 мм, дуга аорты – до 32 мм, нисходящий отдел – до 35 мм. Кардиомегалия.

К 26.12.08 состояние пациента стабилизировалось. Проведена консультация венеролога. При осмотре в области крестца, шеи, на коже спины и груди располагаются папулезно-пустулезные элементы с выраженной пигментацией. Лимфатические узлы не пальпируются. Головка полового члена без высыпаний. Заключение: «Сифилис ранний, латентный». Назначено лечение: цефтриаксон 2,0 внутримышечно, курс 14 дней. Осмотр венеролога в динамике (12.01.09). Курс лечения прошел. Состояние значительно улучшилось. Пациент подлежит выписке с постановкой на учет. Заключение: «Сифилис латентный, ранний. Аневризма восходящего отдела аорты. Мезоартериит».

Пациент выписан 13.01.09 в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке: «ИБС, стенокардия напряжения II ФК. Артериальная гипертензия II степени, II стадия, класс риска 3. Аневризма восходящего отдела аорты. Хроническая сердечная недостаточность III ФК. Хроническая obstructивная болезнь легких II стадии, хронический бронхит вне обострения. Бронхоэктатическая болезнь правого легкого (S_{III}) вне обострения. Сифилис латентный ранний».

В данном наблюдении, учитывая раннюю стадию сифилиса (ранний латентный), мы не исключаем, что в этом случае может иметь место обычное сочетание инфекции, передающейся половым путем (сифилис) и аневризмы восходящего отдела аорты, которая манифестировала типичной клиникой и, вероятно, могла длительно протекать бессимптомно. Такое сочетание заболеваний весьма веро-

ятно. В частности, О.В. Кисель и соавт. сообщают о случае инфаркта миокарда у пациента с сифилисом [23]. Вместе с тем аневризма аорты обычно формируется на фоне атеросклероза и дегенеративных изменений у лиц пожилого возраста. Наиболее частой ее причиной у лиц молодого возраста является сифилитическая инфекция. В отечественной литературе имеются сообщения о специфическом поражении сердца при ранних формах сифилиса [24, 25]. Поэтому в данном случае мы также не можем исключить специфическую этиологию формирования аневризмы аорты.

Большой В., 42 года. 13.12.2008 днем впервые возникли давящие загрудинные боли, иррадиирующие в межлопаточную область, продолжались около 40 мин, самостоятельно не купировались. Накануне отмечал боли в поясничной и паховой области слева. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи. При введении анальгетиков интенсивность болей уменьшилась. В 16:05 доставлен в приемный покой ГKB №1 г. Новосибирска и госпитализирован в отделение неотложной терапии с диагнозом: «ИБС, впервые возникшая стенокардия». Из анамнеза: работает водителем, курит до 1 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет. Около 5 лет страдает артериальной гипертензией, подъемы АД до 150–160/90 мм рт. ст. Целевой уровень АД составляет 130–135/80 мм рт. ст. Корректирующую гипотензивную терапию проводит не регулярно, только при повышении АД.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, вступает в контакт, положение активное. Рост 176 см, масса тела 110 кг, индекс массы тела $35,5 \text{ кг}/\text{м}^2$. Телосложение правильное, кожа телесного цвета, высыпаний нет, слизистые розовые, цианоз губ, периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания, голосовое дрожание не изменено. Перкуторно по всем полям легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические тоны и шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, наполнение удовлетворительное, напряжение хорошее, 78 в 1 мин, ЧСС 78 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, симптомами раздражения брюшины (Щеткина–Блюмберга, Воскресенского и др.) отрицательные. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову 11×9×7 см, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. На 2-е сутки (14.12.08) состояние пациента остается тяжелым. Ангинозные боли купируются анальгетиками. Отмечены рецидивирующие боли в поясничную и паховую области. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 74 в 1 мин, ЧДД 16 в 1 мин. С учетом клиники необходимо исключить мочекаменную болезнь и расслаивающуюся аневризму аорты. 10:30: консультация хирурга, тактика наблюдения и ведения пациента согласована. 11:00. Учитывая положительную ферментативную динамику КФК 215,0–148,0 Ед/л и КФК-МВ 44,0–38,3 Ед/л, а также отсутствие ЭКГ-признаков острого инфаркта миокарда, системный тромболизис решено не проводить. 18:30. Рецидив болей в левой поясничной области с иррадиацией в левую паховую область. Осмотрен хирургом в динамике. Диагностирована левосторонняя вправляемая паховая грыжа. 19:40. Больной внезапно захрипел. По монитору фибрилляция желудочков. Проведена дефибрилляция. АД и пульс не определяются, самостоятельное дыхание отсутствует. Пациент интубирован, переведен на искусственную вентиляцию легких (аппаратное дыхание). Продолжены реанимационные мероприятия. По монитору редкий идиовентрикулярный ритм с переходом в стойкую асистолию. В 20:30 зарегистрирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз: «Расслаивающаяся аневризма брюшного и грудного отделов аорты на фоне артериальной гипертензии I степени, II стадии, класс риска 2. Ожирение II степени».

Результаты аутопсийного исследования органов кровообращения: интима восходящей части и дуги аорты бугристая с рубцовыми втяжениями по типу «шагреновой кожи» (рис. 3, см. на цветной вклейке). Просвет аорты расширен, над аортальным клапаном, на расстоянии 3 см от края створок, определяется разрыв внутренней стенки аорты с формированием расслаивающейся аневризмы (рис. 4, 5, см. на цветной вклейке). В полости перикарда – кровянистое содержимое, в области основания сердца – сгустки крови. На протяжении грудного и брюшного отделов аорты, парортально, мягкие ткани имbibированы кровью, встречаются свободные свертки крови. При гистологическом исследовании в средней оболочке аорты обнаружена диффузная лимфоплазматическая инфильтрация с примесью макрофагов, склероз, что является морфологическим субстратом сифилитического мезоартрита (рис. 6, см. на цветной вклейке).

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: Сифилитический мезоартрит с образованием аневризмы восходящего отдела аорты, ее расслоением и разрывом в надклапанной (восходящей) части. Осложнения основного заболевания. Кровотечение и геморрагическое пропитывание медиастинальной и забрюшинной клетчатки. Гемоперикард с тампонадой сердечной сорочки. Выраженный венозный застой и дистрофические изменения во внутренних органах, альвеолярный отек легких. Сопутствующее заболевание: Ожирение.

В представленном наблюдении диагноз висцерального сифилиса с преимущественным поражением органов сердечно-сосудистой системы выставлен после аутопсийного исследования на основании обнаружения характерных признаков сифилитического мезоартрита в виде лимфоплазматической инфильтрации и склерозом средней оболочки аорты, а также рубцовой деформации интимы восходящей части аорты, с учетом результатов серологического исследования после секционного исследования – RW(+++).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кривошеев А.Б., Куимов А.Д., Кривошеев Б.Н. Дифференциальная диагностика специфических поражений желудка при ранних формах сифилиса у больных с хеликобактерной инфекцией. *Терапевтический архив*. 2006;78(11):35-41 [Krivosheev AB, Kuimov AD, Krivosheev BN. Differential diagnosis of specific stomach lesions in early forms of syphilis in patients with Helicobacter pylori infection. *Therapeutic Archive*. 2006;78(11):35-41 (In Russ.)].
2. Кривошеев Б.Н., Кривошеев А.Б., Хавин П.П. Дифференциальная диагностика специфических поражений легких при ранних формах сифилиса (Краткий обзор литературы и анализ собственных наблюдений). *Терапевтический архив*. 2009;81(4):87-91 [Krivosheev BN, Krivosheev AB, Khavin PP. The Differential diagnosis of lung specific lesions in the early forms of syphilis (A brief review of the literature and the analysis of own observations). *Therapeutic Archive*. 2009;81(4):87-91 (In Russ.)].
3. Бохонович Д.В., Лосева О.К., Залевская О.В., Юдакова В.М., Чернышева Н.В., Устьянцев Ю.Ю., Квижинадзе Г.Н. Нероаскулярный и кардиоваскулярный сифилис у больных с первичным сифилисом в анамнезе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;6:29-34 [Bohonovich DV, Loseva OK, Zalevskaya OV, Yudakova VM, Chernysheva NV, Ust'jncev YuYu, Kvizhinadze GN. Neurosyphilis and cardiovascular syphilis in patients with primary syphilis history. *Clinical Dermatology Venereology*. 2016;6:29-34 (In Russ.)].
4. Ланг Г.Ф. Руководство по внутренним болезням. Болезни системы кровообращения. М.: Медгиз, 1957 [Lang GF. Manual of internal medicine. Diseases of the circulatory system. Moscow: Medgiz, 1957 (In Russ.)].
5. Николов Г. О миокардите сифилитической этиологии. *Советская медицина*. 1970;12:50-5 [Nikolov G. On myocarditis of syphilitic etiology. *Soviet medicine*. 1970;12:50-5 (In Russ.)].
6. Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение. М.: Медицина, 1971 [Astvatsaturov KR. Syphilis, its diagnosis and treatment. Moscow: Medicine, 1971 (In Russ.)].
7. Даштаянц Г.А., Фришман М.П. Поражение сердечно-сосудистой системы при сифилисе. Киев: Здоров'я, 1976 [Dashtaiants GA., Frishman MP. The defeat of the cardiovascular system in syphilis. Kyiv: Health, 1976 (In Ukr.)].
8. Венерические болезни. Под ред. О.К. Шапошников. М.: Медицина, 1980 [Venereal disease. Ed. OK Shaposhnikov, Moscow: Medicine, 1980 (In Russ.)].
9. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004-2013 гг. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014;5:24-31 [Kubanova AA, Melekhina LE, Kubanov AA, Bogdanova EV. Syphilis incidence in Russian Federation in 2004-2013. *Vestnik Dermatologii Venereologii*. 2014;5:24-31 (In Russ.)].

Заключение

1. Обоснование диагноза кардиоваскулярного сифилиса требует комплексной оценки результатов клинического, лабораторного, инструментального обследования пациента. С данной патологией преимущественно будут сталкиваться терапевты и кардиологи, поскольку в клинике у таких пациентов будет доминировать симптоматика прогрессирующей сердечной недостаточности, что является показанием для экстренной госпитализации [20]. Поэтому дерматовенеролог в этой ситуации будет чаще всего выступать как специалист-консультант в связи с обнаруженными у больного положительными серологическими реакциями. 2. Предварительный диагноз специфической этиологии аневризмы аорты должен базироваться на следующих критериях: 1) относительно молодой возраст больных с социально неадекватным сексуальным поведением; 2) внезапное начало и стремительное прогрессирование основных признаков болезни. 3. Ранние формы сифилиса у больных с патологией сердечно-сосудистой системы следует считать фактором, затрудняющим диагностику. Такие пациенты должны подвергаться тщательному обследованию для выявления причины заболевания. Вместе с тем есть сообщения, что специфические поражения сердечно-сосудистой системы могут наблюдаться и при раннем сифилисе [25]. Важной особенностью является то, что на этой стадии болезни висцеральные изменения могут полностью разрешаться в ходе проведения специфической терапии [25, 26]. 4. Всем пациентам с впервые выявленной аневризмой аорты на амбулаторном этапе необходимо проводить серологическое обследование. 5. Прогноз сифилитической аневризмы аорты не всегда благоприятный. Такая форма позднего кардиоваскулярного сифилиса длительно может протекать бессимптомно, а при ее манифестации нередко наблюдается летальный исход [20, 27, 28]. 6. Диагноз кардиоваскулярного сифилиса, а именно сифилитического мезоартрита, может быть установлен и/или подтвержден при патологоанатомическом исследовании.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

10. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017;5:16-25 [Kubanova AA, Kubanov AA, Melekhina LE. Syphilis incidence in Russian Federation in 2006-2016. *Vestnik Dermatologii Venerologii*. 2017;5:16-25 (In Russ.)].
11. Фетисова Н.В., Снарская Е.С. Анализ заболеваемости и основных клинических форм сифилиса в некоторых регионах Московской области на фоне миграции населения из эпидемиологически опасных стран. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017;20 (6):373-7 [Snarskaya ES, Fetisova NV. Analysis of the incidence and main clinical forms of syphilis in some areas of the Moscow region against the background of migration from epidemiologically dangerous countries. *Rus J Skin Ven Dis*. 2017;20(6):373-7 (In Russ.)].
12. Крумкачев В.В., Панкратов О.В., Юдина О.А., Шкет А.П., Крумкачева А.Ю., Климова Л.В. Кардиоваскулярный сифилис в Республике Беларусь. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;5:124-32 [Krumkachev VV, Pankratov OV, Yudina OA, Shket AP, Krumkacheva AYU, Klimova LV. Cardiovascular syphilis in the Republic of Belarus. *Clinical Dermatology Venereology*. 2014;5:124-32 (In Russ.)].
13. Tomey M, Murthy V, Beckman J. Giant syphilitic aortic aneurysm: a case report and review of the literature. *Vasc Med*. 2011;6(5):360-4.
14. Majewsky S. Sexually transmitted diseases in Poland in 2011. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(2):283-6.
15. Vaideeswar P. Syphilitic aortitis: Rearing of the ugly head. *Indian J Pathol Microbiol*. 2013;53(4):624-7.
16. Saraiva RS, Cesar CA, de Mello MAA. Syphilitic aortitis: diagnosis and treatment. Case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010;25(3):415-8.
17. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010–2014 гг. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;5:15-23 [Kubanova AA, Kubanov AA, Melekhina LE, Bogdanova EV. Syphilis incidence in Russian Federation in 2010–2014. *Vestnik Dermatologii Venerologii*. 2015;5:15-23 (In Russ.)].
18. Потехаев Н.Н., Фриго Н.В., Алмазова А.А., Лебедева Г.А. Эпидемиология сифилиса в современных условиях. *Клиническая дерматология и венерология*. 2015;1:22-34 [Potekaev NN, Frigo NV, Almazova AA, Lebedeva GA. Siphilis epidemiology under modern conditions. *Clinical Dermatology Venereology*. 2015;1:22-34 (In Russ.)].
19. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В., Лоншакова-Медведева А.Ю., Петухова Д.И. Поздний кардиоваскулярный сифилис. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017;6:67-78 [Krasnosel'skikh TV, Sokolovskii EV, Lonshakova-Medvedeva AYU, Petuhova DI. Late cardiovascular syphilis. *Vestnik Dermatologii Venerologii*. 2017;6:67-78 (In Russ.)].
20. Кисель О.В., Лосева О.К., Шарифулин В.А. Диагностика сифилитической аневризмы аорты в стационаре скорой медицинской помощи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2010;2:58-66 [Kisel' OV, Loseva OK, Sharifullin VA. Diagnostics of syphilitic aortic aneurysms in an emergency medical aid hospital. *Klin Dermatol Veneril*. 2010;2:58-66 (In Russ.)].
21. Красильских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных рекомендаций (сообщение I). *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;2:23-41 [Krasil'skikh TV, Sokolovskiy EV. Modern standards for diagnosis of syphilis: comparison of Russian and foreign recommendations (I message). *Vestnik Dermatologii Venerologii*. 2015; 2:23-41 (In Russ.)].
22. Heart disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Ed. Braunwald E. (Philadelphia-London-Toronto). 1980;2:1621-3.
23. Кисель О.В., Лосева О.К., Преловская Г.Ю. Инфаркт миокарда и сифилис. *Consilium medicum. Дерматология*. 2009;3:39-42 [Kisel' OV, Loseva OK, Prelovskaya GYu. Myocardial infarction and syphilis. *Consilium medicum. Dermatology*. 2009;3:39-42 (In Russ.)].
24. Палеев Н.Р., Одинокова В.А., Гуревич М.А., Найштут Г.М. Миокардиты. М.: Медицина, 1982 [Paleev NR, Odinokova VA, Gurevich MA, Naistut GM. Myocarditis. Moscow: Medicine, 1982 (In Russ.)].
25. Федоров Ю.П., Гребенников В.А., Матюшкина И.Т., Севидова Л.Д., Поволоцкая Е.А. Специфический миокардит при раннем сифилисе. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;4:52-5 [Fedorov YuP, Grebennikov VA, Matyushkina IT, Sevidova LD, Povolotskaya EA. Specific myocarditis in patients with early syphilis. *Klin Dermatol Veneril*. 2014;4:52-5 (In Russ.)].
26. Кривошеев Б.Н., Куимов А.Д., Кривошеев А.Б., Хван Л.А. Специфические поражения желудка при сифилисе. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2004;3:35-40 [Krivosheev BN, Kuimov AD, Krivosheyev AB, Khvan LA. Specific lesions of the stomach in syphilis. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2004; 3:35-40 (In Russ.)].
27. Лосева О.К., Залевская О.В., Гаганов Л.Е., Павлова Т.В. Клинический случай позднего кардиоваскулярного сифилиса со смертельным исходом. *Клиническая дерматология и венерология*. 2016;4:19-25 [Loseva OK, Zalevskaya OV, Gaganov LE, Pavlova TV. fatal case of late cardiovascular syphilis. *Klin Dermatol Veneril*. 2016;4: 19-25 (In Russ.)].
28. Новоселов В.С., Квижинадзе Г.Н., Туманова Е.Л., Белоусов С.Р., Смирнова Л.М. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2016;19(4):249-53 [Novoselov VS, Kvizhinadze GN, Tumanova EL, Belousov SR, Smirnova LM. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2016;19(4):249-53 (In Russ.)].

Поступила 07.02.2019