

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НЕАТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Сало С.В., Паничкин Ю.В., Гаврилишин А.Ю., Гуменюк Б.Н., Береговой А.А.

*ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН»  
(Киев)*

Одним из грозных проявлений ишемической болезни сердца является острый коронарный синдром. В основе его чаще всего лежит дестабилизация атеросклеротической бляшки. Крайне редко наблюдается острый коронарный синдром неатерогенного генеза, одной из причин возникновения которого является сифилис. Приведенный клинический случай демонстрирует значение данной патологии в развитии острого коронарного синдрома.

**Ключевые слова:** *сифилис, острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца, интервенционная кардиология, стентирование (эндопротезирование) коронарных артерий.*

Благодаря профилактике и ранней диагностике заболеваемость сифилисом в Украине за последнее десятилетие значительно снизилась (1996 г. – 150,8 новых случаев на 100 тыс. населения, 2009 г. – 20,0 новых случаев на 100 тыс. населения), но все еще остается довольно высокой [1]. Несмотря на снижение общей заболеваемости, наблюдается увеличения удельного веса раннего скрытого сифилиса, представляющего эпидемиологическую опасность, также имеет место рост поздних форм, приводящих к тяжелым поражениям внутренних органов, в том числе и сердечно-сосудистой системы (80% всех поражений при раннем сифилисе и 90–94% – при позднем сифилисе) [2]. Прижизненная диагностика кардиоваскулярного сифилиса составляет лишь 10% случаев. По данным литературы, острый коронарный синдром (ОКС) при сифилисе встречается еще реже [3]. По данным Европейского кардиологического общества и Американского колледжа кардиологов, в 1% случаев инфаркт миокарда (ИМ) возник на фоне коллаgenoза, сифилитического поражения артерий, а также при расслаивающей аневризме аорты [4]. Таким образом, сифилис может являться одной из причин неатеросклеротического поражения коронарного русла, приводящих к возникновению ОКС.

Общей причиной для различных форм ИБС является нарушение работы сердечной мышцы вследствие несоответствия между снабжением миокарда кислородом и потребностью в нем. При сифилитическом аортите коронарный кровоток может уменьшаться при наличии тромбов в венечных артериях, возникновении спазма в них, сужении их сифилитическими гуммами [5], а иногда – инфильтратом, «сползающим» со стенок аорты.

Очаговые изменения в сердечной мышце при сифилисе могут быть представлены как гуммами миокарда, так и специфическими поражениями коронарных артерий, которые могут сочетаться со стенозом устьев коронарных артерий, недостаточностью клапанов аорты, аневризмой грудной аорты. При сифилитическом аортите, осложненном стенозом устьев венечных артерий, ИМ развивается крайне редко. Это можно объяснить относительно медленным сужением устьев венечных артерий, в связи с чем создаются благоприятные условия для развития коллатерального кровообращения, хотя описаны случаи внезапной смерти при сифилисе [6]. Специфическое уплотнение восходящего отдела аорты может развиваться уже в первичном периоде заболевания и клинически протекает

бессимптомно. Поражение венечных артерий при сифилисе сходно по развитию с облитерирующим эндартериитом в виде отложения специфического инфильтрата в области устьев артерий, которое создает условия для коронароспазма [7]. При сифилитическом аортите в большинстве случаев поражению подвергаются устья обеих венечных артерий. Изолированное поражение встречается чаще в области устья правой коронарной артерии. При этом, в отличие от атеросклероза, инфильтрат не распространяется по ходу венечных артерий, а ограничивается их начальными участками, вызывая стеноз, что может приводить к развитию ОКС [8, 9].

В качестве примера ОКС сифилитической этиологии представляем следующий клинический случай.

Больная Х., 37 лет, 04.04.11 поступила в реанимационное отделение ГУ НИИССХ им. Н.М. Амосова НАМН по скорой помощи в связи с нарастающим, некупируемым болевым синдромом, нестабильной гемодинамикой и предварительным диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом ST. Недостаточность аортального клапана 2ст. СН 2а, NYHA III ФК.

Положение в постели активное. Дыхание везикулярное. ЧД 18 в 1 мин. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 67 уд/мин. Шумов нет. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не изменено.

На ЭКГ: Ритм синусовый (ЧСС 90 уд/минуту). ЭОС отклонена влево. PQ – 0,16 сек. Подъем ST над изолинией в отведениях aVR, V2-V3, выраженная депрессия в II, III aVF, V4-V6.

ЭхоКГ: Умеренная недостаточность аортального клапана. Небольшая недостаточность митрального клапана. Сократимость левого желудочка не снижена. Фракция выброса 60%.

Ферменты крови: МВ-КФК – 19 U/l. КФК общ. – 41 U/l. ЛДГ – 169 U/l. АСТ – 27 U/l. АЛТ – 28 U/l. Анализ крови без особенностей.

Предварительный диагноз: ИБС; острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Хроническая сердечная недостаточность IIa стадии, III ФК NYHA.

Результаты RW обследования на сифилис от 4.04.11: RW 4+, титр 1:80; ИФА +, МР 1:32. 4.04.11 пациентка осмотрена дерматовенерологом: наружных проявлений сифилиса не выявлено. Диагноз: Lues latens ignorata. Рекомендовано: Специфическое лечение.

При экстренной коронарографии (04.04.11г.) выявлены субтотальные стенозы устьев левой (95-100%) и правой коронарной (95%) артерий. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния пациентки, характером поражения венечного русла и сопутствующим сифилисом принято решение о проведении экстренного коронарного стентирования по жизненным показаниям. Выполнено прямое эндопротезирование субтотального стеноза ПКА стент-системой 3,5\*16,0; P=18 атм. Просвет сосуда восстановлен полностью. Затем произведено прямое эндопротезирование ОС ЛКА стент-системой 4,0\*15,0; P=16 атм. При контрольной графии остаточный стеноз до 30%. Оптимизация расправления стента БК 4,0\*15,0; P = 18 атм. – просвет сосуда восстановлен полностью (рис. А-Г).

Экстренное чрезкожное коронарное вмешательство восстановило просвет пораженных коронарных артерий, что позволило стабилизировать состояние пациента, и в дальнейшем на 3-и сутки она была выписана для последующего консервативного лечения основного заболевания.

Таким образом, на основании данных лабораторного исследования и характерной для кардиоваскулярного сифилиса ангиографической картины (изолированные билате-

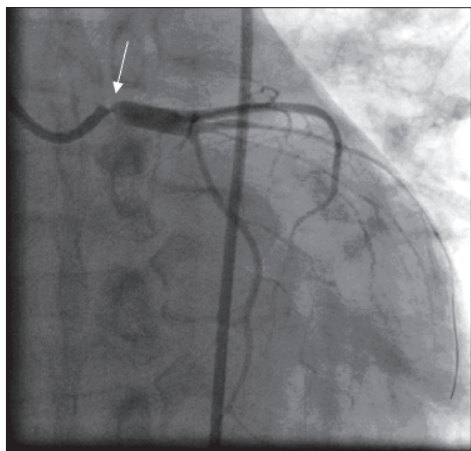


Рис. А: 95–100% субтотальный стеноз левой коронарной артерии

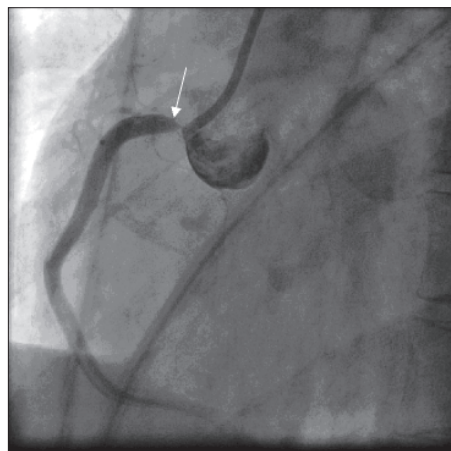


Рис. Б: 95% субтотальный стеноз правой коронарной артерии

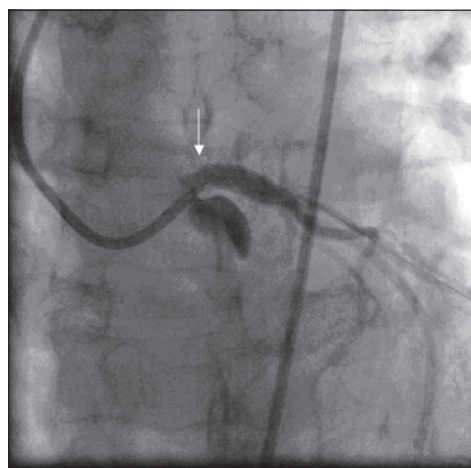


Рис. В: прямое эндопротезирование ОС ЛКС стент-системой 4,0\*15,0. P=16 атм.

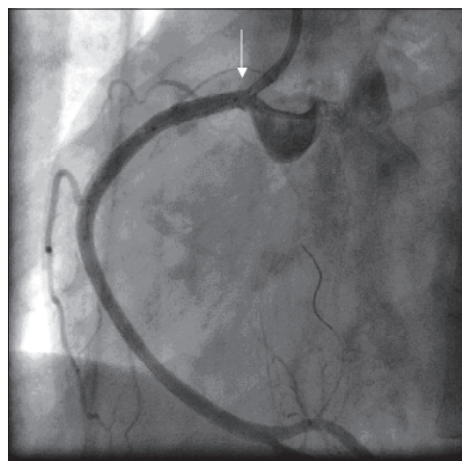


Рис. Г: прямое эндопротезирование субтотального стеноза ПКА стент-системой 3,5\*16,0. P=18 атм.

ральные поражения устьев коронарных артерий) был верифицирован ОКС сифилитического генеза. Применение чрескожной реваскуляризации является эффективным методом восстановления кровотока у данной группы больных.

### Выводы

1. Вероятно, развитие острого коронарного синдрома у больных сифилисом может быть обусловлено изолированным поражением устьев коронарных артерий.
2. Выполнение селективной коронаровентрикулографии показано всем пациентам с ОКС любого генеза для проведения дифференциальной диагностики и выбора оптимального метода лечения.

3. Эндопротезирование коронарных артерий является эффективным методом лечения ОКС неатерогенного генеза.

### Литература

1. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине // Здоров'я України. – № 1. – 2011. – С. 10-11.
2. Мавров И.И., Щербакова Ю.В., Процак В.В. Характер и медико-социальные проблемы скрытого сифилиса // Дерматология и венерология. – № 1 (43). – 2009. – С. 48-51.
3. Wrozkova T., Kozakewicz J. Vascular lesions in the course of secondary syphilis in the light of histological and electron microscopic studies. Przegł Dermatol. – 1980. – 61: 4. – P. 449-456.
4. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – М.: МЕДпресс, 2011. – 896 с.
5. Даштаянц Г.А., Фришман М.П. Поражение сердечно-сосудистой системы при сифилисе. – К.: Здоров'я, 1976. – 167 с.
6. Мавров И.И. Половые болезни. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002. – С. 219-227.
7. Новиков Ю.А. К истории изучения кардиоваскулярного сифилиса // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 5. – С. 4-8.
8. Милич М.В. Поздний сифилис. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей в 2 т., 2-е изд. перераб. и доп. Т. 1. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – С. 560-562.
9. Балашова И.Ю., Дубенский В.В., Аникин В.В. Современный взгляд на диагностику и лечение кардиоваскулярного сифилиса. Тез. науч. работ II Национального конгресса дерматовенерологов. – СПб., 2007. – 122 с.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ НЕАТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗУ

Сало С.В., Панічкін Ю.В., Гаврилішин А.Ю., Гуменюк Б.М., Береговий О.А.

Одним із грізних проявів ішемічної хвороби серця є гострий коронарний синдром. В основі його найчастіше лежить дестабілізація атеросклеротичної бляшки. Дуже рідко спостерігається гострий коронарний синдром неатерогенного генезу, однією з причин якого є сифіліс. Наведений клінічний випадок демонструє значення даної патології в розвитку гострого коронарного синдрому.

**Ключові слова:** сифіліс, гострий коронарний синдром, ішемічна хвороба серця, інтервенційна кардіологія, стентування (ендопротезування) коронарних артерій.

## CLINICAL CASE OF ACUTE CORONARY SYNDROME NON-ATHEROSCLEROTICAL GENESIS

Salo S.V., Panichkin Yu.V., Gavrilishin A.Yu., Gumenyuk B.N., Beregovoy A.A.

Acute coronary syndrome is the most dangerous manifestation of ischemic heart disease. Destabilization of atherosclerotic plaque is the cause of it in most cases. Acute coronary syndrome of non-atherosclerotic genesis is very rare, one of the reasons of it is the syphilis. This case report demonstrates the importance of this pathology in the development of acute coronary syndrome.

**Key words:** syphilis, acute coronary syndrome, coronary heart disease, interventional cardiology, stenting coronary artery disease.