

## СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНОГО СИФИЛИСОМ

А.А. КУБАНОВ, Г.Л. КАТУНИН, Н.В. КИТАЕВА, О.Р. КАТУНИНА, С.В. РОТАНОВ, Т.В. НЕСТЕРОВА

### Specific lesion of the knee joint in a patient with syphilis

A.A. KUBANOV, G.L. KATUNIN, N.V. KITAYEVA, O.R. KATUNINA, S.V. ROTANOV, T.V. NESTEROVA

#### Об авторах:

А.А. Кубанов — заместитель директора по научной работе ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва, д.м.н., профессор

Г.Л. Катунин — научный сотрудник отделения сифилидологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва

Н.В. Китаева — ведущий научный сотрудник отделения сифилидологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва, д.м.н.

О.Р. Катунина — заведующая лабораторией патоморфологии, ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», к.м.н.

С.В. Ротанов — ведущий научный сотрудник отделения лабораторной диагностики сифилиса отдела лабораторной диагностики ИППП и болезней кожи ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва, д.м.н., доцент

Т.В. Нестерова — младший научный сотрудник отделения сифилидологии ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», г. Москва, к.м.н.

Представлено наблюдение редкой формы позднего сифилиса — сифилитического артрита. Показаны возможности применения метода полимеразной цепной реакции в диагностике поздних форм сифилитической инфекции.

*Ключевые слова:* поздний сифилис, сифилитический артрит, ПЦР.

The article presents a case of a rare form of late syphilitic arthritis. It also describes the potential of using the polymerase chain reaction method in the diagnostics of late forms of the syphilitic infection.

*Key words:* late syphilis, syphilitic arthritis, PCR.

По данным официальной статистической отчетности, постэпидемический период сифилитической инфекции характеризуется значительным увеличением регистрации поздних форм заболевания, в том числе с поражением нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата [1—4].

Поражения суставов при сифилисе встречаются очень редко. В отечественной литературе начала XX века имеются немногочисленные наблюдения больных, страдавших специфическими артритами [5], а за последние 30 лет не описано ни одного случая изолированного сифилитического поражения суставов.

При сифилитическом артрите наиболее часто поражаются крупные суставы — коленные, плечевые, локтевые и голеностопные [5—7]. Клинически различают две формы сифилитических артритов: первично-синовиальные (поражение синовиальной оболочки суставной сумки) и первично-костные (поражение костей и хрящей сустава). Первично-синовиальные артриты бывают острыми и хроническими. К острым формам относят так называемые

реактивные артриты, возникающие в результате вовлечения в патологический процесс расположенного близко к суставу (в эпифизе или метафизе) гуммозного инфильтрата. Однако чаще наблюдаются хронические синовиальные артриты (синовиты Клетона). Считается, что они возникают вследствие активизации инфекции, находящейся в суставе в латентном состоянии. Начинаются такие артриты с поражения синовиальной оболочки, в дальнейшем в патологический процесс вовлекаются хрящ и кости сустава, что приводит к деформирующим артритах. Клинически при этих артритах на первый план выступают боли, обычно усиливающиеся в ночное время, и связанные с ними нарушения функции сустава. Наблюдается шаровидная припухлость сустава вследствие появления внутрисуставного выпота, контуры сустава сглаживаются, кожа над пораженным суставом становится отечной, иногда покрасневшей.

Первично-костные артриты (остеоартриты) возникают вследствие гуммозных поражений суставных концов костей (гуммозные эпифизиты), что приводит к деформации сустава. Клинически отмечается боль, в затяжных случаях боль незначительная или отсутствует, кожа над суставом отечная, имеет нормальный или бледный вид, отмеча-

ется прогрессирующее увеличение объема сустава в связи с утолщением суставной сумки, скоплением внутрисуставной жидкости и неправильным положением костей по отношению друг к другу. При первично-костных артритах в процесс вовлекаются кости, поэтому рентгенологически в эпифизах можно определить круглые сотовидные дефекты с маловыраженной склеротической реакцией по периферии.

Необходимо отметить, что даже в тяжело протекающих случаях сифилитического артрита характерно несоответствие между степенью изменений сустава, в том числе выявляемых на рентгенограмме, и незначительным нарушением его функции, а также удовлетворительным общим состоянием больного.

Однако в ряде случаев дифференцировать первично-синовиальные и первично-костные артриты довольно сложно. Каждая из этих форм может протекать с преимущественным поражением синовиальной оболочки или костей, что особенно часто наблюдается при поздних формах с одновременным вовлечением в патологический процесс синовиальной оболочки, костей и хряща сустава.

Приводим собственное наблюдение больного сифилитическим артритом.

Больной П., 33 лет, обратился в ФГУ «Государственный научный центр дерматовенерологии Росмедтехнологий» для уточнения диагноза и определения тактики лечения в связи с положительным результатом теста на сифилис (RPR позитивный титр 1:64; тест проведен в Научно-исследовательском институте ревматологии РАМН).

Пациент предъявлял жалобы на болезненность, деформацию и увеличение объема левого коленного сустава.

Из анамнеза выяснено, что в 1999 г. пациент получал специфическое лечение по поводу вторичного сифилиса бензатин-бензилпенициллином G. Документальные сведения о проведении лечения и последующего клинико-серологического контроля не предоставил.

Вышеуказанные жалобы появились в августе 2008 г., когда возникла незначительная припухлость и ограничение в движении левого коленного сустава, появились периодические боли стреляющего характера в области данного сустава, а также суставов стопы. В мае — июне 2009 г. пациент отметил увеличение отека и более выраженное ограничение в движении (сгибании) левого коленного сустава, в связи с чем был вынужден обратиться за консультацией к травматологу в районную поликлинику. При обследовании в июне 2009 г. перед проведением диагностической артроскопии были получены положительные результаты тестов на сифилис, по поводу чего в июле 2009 г. в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства получил лечение цефтриаксоном (Лендацин, ЛЕК

d.d., Словения) по 500 г, внутримышечно, 1 раз в сутки, № 20. Больному неоднократно проводилась пункция сустава с удалением синовиальной жидкости, при исследовании которой рост микрофлоры не был выявлен. В октябре 2009 г. пациент обратился в Институт ревматологии РАМН, где по поводу диагноза: «Синовит левого коленного сустава, остеонекроз внутренних мышечков большеберцовой и бедренной костей» получал лечение нестероидными противовоспалительными препаратами и цефотаксимом без какого-либо эффекта.

Семейное положение: женат в течение 2 лет, внебрачные половые контакты отрицает. Жена неоднократно обследована — данных о наличии сифилитической инфекции нет.

Общее состояние удовлетворительное. При осмотре пациента специфических высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках не выявлено. Лимфатические узлы не увеличены. Левый коленный сустав увеличен в объеме за счет отека окружающих мягких тканей, отмечается болезненность и нарушение его функции в виде незначительного ограничения движения. Кожа над пораженным суставом не изменена (рис. 1).

При исследовании сыворотки крови на сифилис получены следующие результаты: RPR 4+ титр 1:64 (с набором реагентов «Люис RPR тест» ООО «Ниармедик Плюс», Москва), РПГА 4+ титр 1:2560 (с набором реагентов «Сифилис РПГА-тест» ЗАО «ЭКОлаб», Московская область, Электрогорск), ИФА положительный КИ=4,100 (с набором реагентов «Рекомби-Бест антипаллидум — суммарные антитела», ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск).



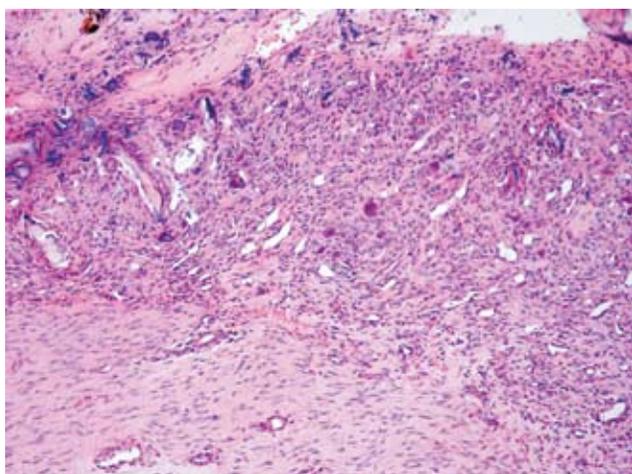
Рис. 1. Клиническая картина сифилитического артрита левого коленного сустава до лечения. Сустав деформирован, увеличен в объеме вследствие внутрисуставного выпота и отека околосуставных тканей

При исследовании синовиальной жидкости в ПЦР обнаружена ДНК *Tr. pallidum* («Амплиценс *Tr. pallidum* — 237/ВКО — 668», ФГУ ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва).

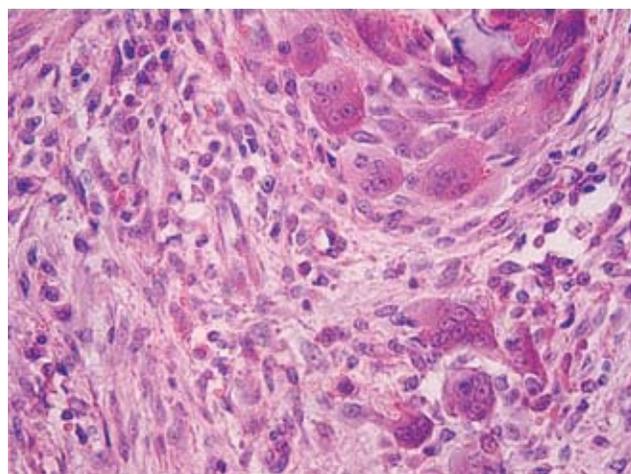
При гистологическом исследовании синовиальной оболочки наблюдается выраженная гранулемоподобная инфильтрация полиморфно-клеточного характера (гистиоциты, макрофаги, эпителиоидные клетки, лимфоциты и плазматические клетки). В отдельных местах обнаруживаются очаги некроза, вокруг которых группируются гигантские многоядерные клетки. По периферии этих очагов отмечается формирование грубоволокнистой соединительной ткани. В прилегающих участках синовиальной оболочки отмечается выраженный ангиоматоз с фор-

мированием грануляционной ткани, полнокровием капилляров. В отдельных препаратах видны крупные фрагменты некротизированной ткани (рис. 2). Заключение: выявленные изменения не позволяют исключить специфического синовита.

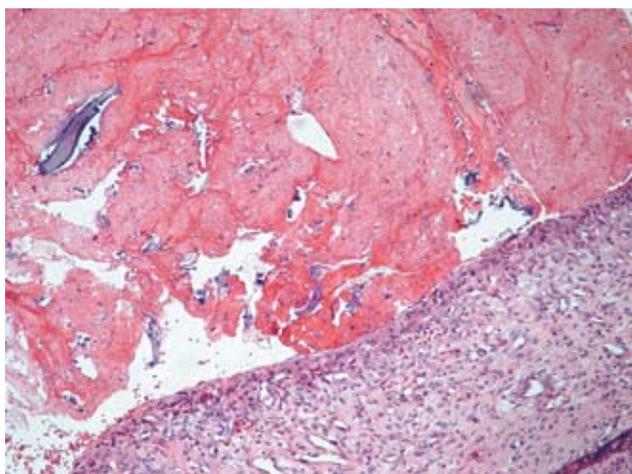
При обследовании в Институте ревматологии РАМН антитела к вирусам гепатита С и ВИЧ-1,2, а также антигены HBsAg не обнаружены. В общем анализе крови отмечаются незначительное повышение количества лейкоцитов до  $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$  (норма до  $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и увеличение СОЭ до 15 мм/ч (норма до 10 мм/ч). В биохимическом анализе крови и общем анализе мочи патологии не выявлено; ЭКГ — патологических изменений не обнаружено. При рентгенографическом исследовании левого коленного



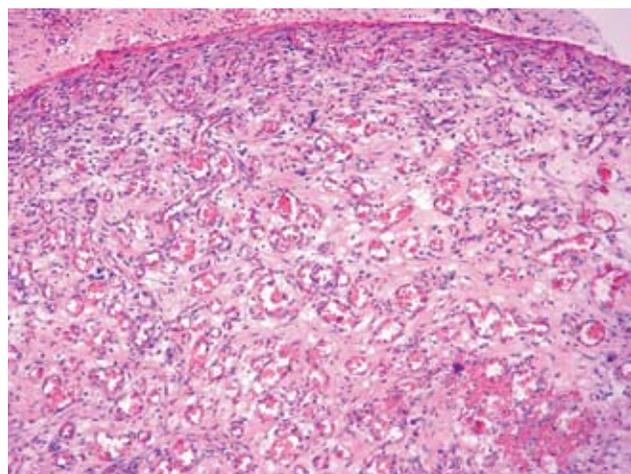
а



б



в



г

Рис. 2. Патоморфологические изменения в синовиальной оболочке коленного сустава. Окраска гематоксилином и эозином. а — гранулема, по периферии которой формируется участок фиброза.  $\times 100$ ; б — гигантские многоядерные клетки в составе гранулемы.  $\times 400$ ; в — очаги некроза.  $\times 100$ ; г — ангиоматоз с формированием грануляционной ткани, полнокровием капилляров.  $\times 100$

сустава выявлены хондроматоз, синовит, а также остеонекроз медиального мыщелка левой большеберцовой кости (рис. 3). При магнитно-резонансной томографии пораженного сустава обнаружены разрыв тела латерального мениска, синовит; отложения фибрина, что указывает на септический характер воспаления.

На основании данных анамнеза, осмотра и результатов лабораторного обследования (обнаружение ДНК *Tr. pallidum*, данные серологического, патоморфологического, инструментальных методов исследования) пациенту был поставлен диагноз в соответствии с МКБ-10: А52.7 «Другие симптомы позднего сифилиса: поздний сифилитический артрит» и проведено лечение цефтриаксоном (Роцефин, Ф. Хоффманн — Ля Рош Лтд., Швейцария) по 1 г, внутримышечно, 1 раз в сутки, № 20, через 14 дней — второй курс № 10 [8]. При наблюдении пациента в динамике после лечения отмечено умень-

шение болезненности пораженного сустава и отека околоуставных тканей (рис. 4).

При первом контрольном исследовании сыворотки крови больного через 3 мес. после окончания лечения установлено снижение титра антител к *Tr. pallidum* в 4 раза: RPR 4+ титр 1:16 (с набором реагентов «Люис RPR тест» ООО «Ниармедик Плюс», Москва), что свидетельствовало об эффективности проведенного лечения.

Приведенное клиническое наблюдение показывает, что последствием прошедшей эпидемии сифилитической инфекции может быть появление достаточно редких форм позднего сифилиса, таких как сифилитический артрит. Случаи специфического поражения суставов в силу их клинического сходства с артритами иной этиологии могут длительное время оставаться нераспознанными и требуют со стороны специалистов смежных профессий более пристального внимания и своевременной диагностики.



Рис. 3. Рентгенограмма левого коленного сустава: хондроматоз, синовит, остеонекроз медиального мыщелка левой большеберцовой кости



Рис. 4. Вид левого коленного сустава после лечения: отмечается уменьшение отека околоуставных мягких тканей, деформация сустава сохраняется

### Литература

1. Какорина Е.П., Кубанова А.А., Гречко А.В. и др. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2002—2003 гг. (Статистические материалы). М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2005.
2. Хальфин Р.А., Кубанова А.А., Михайлова Ю.В. и др. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2004—2005 гг. (Статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2006.
3. Хальфин Р.А., Кубанова А.А., Михайлова Ю.В. и др. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005—2006 гг. (Статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2007.
4. Кривонос О.В., Михайлова Л.А., Михайлова Ю.В. и др. Заболеваемость, ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений в 2008 г. (Статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Департамент развития медицинской помощи и организации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава, 2009.
5. Коган-Ясный В.М., Плетнев Д.Д. Висцеральный сифилис. Ленинград: Практическая медицина, 1930.
6. Шапошников О.К. Венерические болезни: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1991.
7. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни, том 2. М.: Медицина, 1999.
8. Кубанова А.А. (ред.). Дерматовенерология, 2008 (Клинические рекомендации). М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2008; 368.