Поражение суставов при сифилисе

Злобина Т.И.¹, Мельникова А.А.¹, Калягин А.Н.^{1,2}

¹Иркутская городская клиническая больница №1, Иркутск, Россия; ²ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия;

¹664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118; ²664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

В последние годы поражение суставов при сифилисе рассматривается как казуистика. В то же время высокая заболеваемость первичным сифилисом и регистрируемые случаи позднего нейросифилиса позволяют предположить, что поражение суставов при данном заболевании верифицируется далеко не всегда. Традиционно различают две формы сифилитических артритов: первично-синовиальные (с поражением оболочек и сумки сустава) и первично-костные (с поражением костей и хрящей сустава). Представлено собственное клиническое наблюдение первично-костной формы суставного сифилиса у мужчины 34 лет.

Ключевые слова: сифилис; поражение суставов при сифилисе; остеоартрит; деструкция сустава; гумма; остеосклероз; сифилис костей и суставов.

Контакты: Алексей Николаевич Калягин; akalagin@mail.ru

Для ссылки: Злобина ТИ, Мельникова АА, Калягин АН. Поражение суставов при сифилисе. Современная ревматология. 2016;10(4):69–72.

Joint involvement in syphilis

Zlobina T.I.¹, Melnikova A.A.¹, Kalyagin A.N.^{1,2}

¹Irkutsk City Clinical Hospital One, Irkutsk, Russia; ²Irkutsk State Medical University, Ministry of Health of Russia; Irkutsk, Russia;

¹118, Baikalskaya St., Irkutsk 664046; ²1, Krasnoe Vosstanie St., Irkutsk 664003

Joint involvement in syphilis has been considered as casuistry in recent years. At the same time, the high incidence of primary syphilis and the notified cases of late neurosyphilis may suggest that joint involvement in this disease is by no means always verified. Traditionally there are two forms of syphilitic arthritis: primary synovial (involving the articular membranes and sac) and primary bone (involving the articular bones and cartilages) ones. The paper describes the authors' clinical case of the primary bone form of articular syphilis in a 34-year-old man.

Keywords: syphilis; joint involvement in syphilis; osteoarthritis; joint destruction; gumma; osteosclerosis; syphilis of bones and joints.

Contact: Alexey Nikolaevich Kalyagin; akalagin@mail.ru

For reference: Zlobina TI, Melnikova AA, Kalyagin AN. Joint involvement in syphilis. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2016;10(4):69–72.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2016-4-69-72>

Сифилис — венерическое заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*). Различают приобретенный и врожденный сифилис. В течение приобретенного сифилиса выделяют три периода: первичный, вторичный, третичный.

Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации и, в частности, в Иркутской области снизилась [1, 2]. По данным статистики, она уменьшилась с 277,3 случаев на 100 тыс. населения в 1997 г. до 25,5 на 100 тыс. населения в 2014 г. В то же время в структуре приобретенного сифилиса доля ранних форм уменьшилась с 89,2% в 2010 г. до 75,0% в 2014 г., а доля поздних форм увеличилась почти в 3 раза — с 5,7 до 14,8%, доля не уточненного как ранний или поздний сифилиса возросла в 2 раза — с 5,1 до 10,2%. Дерматовенерологи отмечают, что на фоне увеличения доли поздних форм приобретенного сифилиса растет частота висцеральных поражений [2]. К висцеральным поражениям относятся нейросифилис, сифилитическое поражение печени (сифилитический лианит), кардиоваскулярный и суставной сифилис [3–7].

В настоящее время сифилис суставов (суставной сифилис) в практике врача встречается сравнительно редко и яв-

ляется, как правило, казуистическим наблюдением [8]. По ключевому термину «syphilitic arthritis» в базе данных PubMed удается найти всего 51 ссылку, первая из которых относится к 1914 г. [9], а по термину «сифилитический артрит» в базе данных Science index — лишь 3 ссылки.

Суставной синдром может определяться в любом периоде сифилиса [10]. При первичном сифилисе имеются единичные сообщения о поражении суставов. Во вторичном периоде сифилитический артрит наблюдается в 0,5–3% случаев, а в третичном периоде поражение опорно-двигательного аппарата — одно из частных проявлений сифилиса, которое обнаруживается у 20–30% больных.

На ранних этапах болезни отмечаются только артралгии, возникающие в течение месяца-полтора после появления твердого шанкра. Болевые ощущения бывают интенсивными, значительно усиливаются в ночное время, локализируются в плечевых, коленных и других суставах. При обследовании суставов видимых изменений не находят.

Во вторичном периоде воспалительный процесс в суставах представляет собой первично-синовиальный артрит (поражение синовиальной оболочки и сумки сустава), проявляющийся припухлостью, болезненностью сустава и си-

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

новитом. На рентгенограммах суставов — нормальная картина, без очагов костной деструкции. Особенность суставной боли — ее появление и усиление после длительного пребывания в покое и исчезновение после ходьбы. Наиболее часто суставной синдром наблюдается в коленных, голеностопных и реже — в других суставах.

В *третичном периоде* тоже может возникать первичный синовитальный артрит как реакция на гуммозный костный процесс (МКБ А52.7). По течению синовит может быть острым и хроническим. Хронический синовит при поздних формах приобретенного сифилиса встречается в небольшом числе случаев и часто резистентен к специфической терапии.

В третичном периоде суставной синдром характеризуется в основном развитием первично-костного остеоартрита (поражение костей и хрящей сустава). Сифилитический остеоартрит имеет свои особенности и отличается от первичного остеоартрита. При позднем сифилисе остеоартрит развивается вследствие гуммозных поражений суставных концов костей (эпифизов, метафизов) — гуммозного эпифизита. Гуммы — чаще множественные, реже — одиночные, располагаются в эпифизе кости, разрушают ее. В суставных отделах костей возникают участки некроза и деструкции костной ткани. Вокруг них формируются зоны склероза. Гуммы со временем заменяются соединительной тканью и осифицируются: очаги остеосклероза в эпифизе большие, разлитые, ограниченные. В надкостнице развивается периаортальная реакция. Рентгенологически в эпифизах определяются округлые подхрящевые и краевые эпифизарные дефекты, круглые сотовидные дефекты с нежной склеротической реакцией в окружности. Изменения располагаются на одном из суставных концов костей. При распространении процесса в сторону суставной щели образуется эрозия суставной поверхности с разрушением хряща и деформацией суставной поверхности.

Костно-суставная форма сифилиса характеризуется выраженными гиперпластическими реакциями. Грубые периаортальные наросты выявляются как вблизи суставной щели, так и экстраартикулярно, выражен гиперостоз надколенника. Острые краевые экзостозы, наблюдаемые при первичном остеоартрите, не характерны для сифилитического остеоартрита. Весь эпифизарный или метафизарный конец кости утолщается, становится неуклюжим, развивается обезображивающий остеоартрит с выраженной деформацией сустава. Анкилоз сустава нетипичен. Функция сустава почти не страдает. Особенность сифилитических остеоартритов — несоответствие между большими разрушениями костей сустава на рентгенограмме и относительно сохранной функцией сустава, сравнительно малой болезненностью и хорошим общим состоянием больного. Температура нормальная, СОЭ может быть увеличена, серологические реакции на сифилис чаще положительные. Как правило, поражаются коленные, затем локтевые, голеностопные, плечевые суставы, редко вовлекаются тазобедренные суставы, суставы пальцев рук и ног не поражаются, излюбленная локализация — коленные суставы (до 50%). Первично-костный артрит возникает в основном у молодых людей (20–50 лет), течение его хроническое. Специфическое лечение улучшает самочувствие. Остеоартрит может быть единственным проявлением сифилитической инфекции третичного периода. Одна из главных причин развития третичного

Рис. 1. Деформация коленного сустава у больного Н., 34 лет. вид спереди (а) и сзади (б)

го сифилиса, в частности его суставных проявлений, — неполноценное лечение в прошлом, а также состояние реактивности организма и неблагоприятные факторы (алкоголизм, травмы, стресс, вредные условия работы) [10–12].

Актуальным остается своевременное распознавание поражения суставов в позднем периоде сифилиса. Главную роль в диагностике сифилиса суставов играют рентгенологическое исследование костно-суставного аппарата и иммунологические методики (иммуноферментный анализ и полимеразная цепная реакция) [8].

Редкая встречаемость сифилиса суставов в практике врачей, в том числе ревматологов, явилась основанием для описания данного клинического наблюдения¹.

Больной Н., 34 лет, направлен на консультацию к ревматологу 29.11.2015 г. Передвигался свободно, жалоб не предъявлял, боль в суставах не беспокоила. При объективном обследовании обращали на себя внимание наличие обезображивающего гонартроза обоих коленных суставов, отсутствие наружной ротации в правом тазобедренном суставе, сгибательная контрактура правого локтевого сустава, сохраненная функциональная способность суставов и отсутствие боли. Из анамнеза известно, что в 2008 г. больного сбила машина и он получил ушиб правого коленного сустава, но не лечился, ходил самостоятельно, особо не жалуясь на боль в коленном суставе. В следующем, 2009 г., был осужден и до 2015 г. находился в заключении. При поступлении в место заключения был обследован, выявлена положительная серологическая реакция на сифилис. Проходил лечение сифилиса в венерологическом отделении (со слов больного, бициллином-3). Постепенно, к моменту освобождения из заключения (через 6 лет), сформировалась деформация коленных суставов. Когда точно она появилась, сказать не может, так как не испытывал ни суставной боли, ни ограничения движений.

При объективном обследовании больной пониженного питания, кожа и видимые слизистые оболочки чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, шумов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 78 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

Локальный статус. Сглажены физиологические изгибы позвоночника, гипотрофия мышц спины, движения в позвоночнике не ограничены, безболезненны. Коленные суставы

¹Пациент подписал информированное согласие на использование его данных в научных целях.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Рис. 2. Рентгенограмма таза в прямой проекции у того же больного

увеличены, обезображены за счет пролиферативных костных разрастаний, слева genu varum, выпота в суставах нет. Движения безболезненны, незначительно ограничены (сгибание справа — 120°, слева — 110°, разгибание справа и слева — 0°), в правом коленном суставе — грубый хруст, нестабильность (рис. 1, а, б). В тазобедренном суставе движения безболезненны, справа отсутствует наружная (0°) и ограничена внутренняя (10°) ротация. Гипотрофия мышц бедра справа. В левом тазобедренном суставе движения не ограничены. В правом локтевом суставе — сгибательная контрактура 15°, движения в левом локтевом суставе не ограничены. Другие суставы — без патологии.

Общий анализ крови (29.10.2015 г.): Нб 132 г/л, эр. $4,34 \cdot 10^{12}/л$, тр. $200 \cdot 10^9/л$, л. $8,1 \cdot 10^9/л$; СОЭ 17 мм/ч. Реакция микропреципитации на сифилис и реакция прямой гемагглютинации положительные.

Консультация невролога (19.01.2016): энцефалопатия смешанного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая, дизонтогенетическая). Синдром вегетососудистой дистонии, перманентное течение. Других изменений в неврологическом статусе не выявлено.

Рентгенография тазобедренных суставов (25.11.2015). Левый сустав — головка правильной формы, суставные концы обычной формы и величины, костная структура не нарушена. Правый сустав расположен чуть выше левого, головка правой бедренной кости уплощена, грибовидно деформирована, краевые костные массивные разрастания по латеральной поверхности головки, массивный костный экзостоз у края вертлужной впадины. В головке с переходом на шейку правой бедренной кости (эпифиз, метафиз) на фоне склероза определяются крупный участок краевой костной деструкции $2,9 \times 4,0$ см с четким неровным контуром и тонким ободком склероза и другие участки костной деструкции до 0,5 см с ободками склероза (гуммозный эпифизит). Отмечаются краевая деструкция суставной поверхности и очаги остеоэкссклероза в головке. Шейка правой

Рис. 3. Рентгенограммы коленного сустава у того же больного в прямой (а) и боковой (б) проекциях

Рис. 4. Рентгенограммы локтевого сустава у того же больного

бедренной кости чуть укорочена, выявляется утолщение коркового слоя. Суставная щель резко сужена в латеральном отделе до 1 мм (рис. 2).

Рентгенография коленных суставов (02.11.2015). Правый сустав — эпифиз большеберцовой кости увеличен, уплощен, деформирован за счет массивных костных разрастаний высокой плотности, неоднородных по структуре, деформация суставного конца бедренной кости за счет краевых грубых костных разрастаний, суставная щель деформирована, неравномерно сужена, расширена, выражен субхондральный склероз. По задней поверхности правого надколенника — краевые костные разрастания. Левый сустав — genu varum, деформирован за счет грубых массивных костных разрастаний, различной формы и размера, вплоть до грибовидных, плотной структуры, как со стороны суставных костей, так и парартикулярно и по задней поверхности надколенника, суставная щель сужена, выражен остеоэкссклероз суставных концов (рис. 3, а, б).

Рентгенография локтевых суставов (12.11.2015). В правом суставе в медиальном мыщелке плечевой кости намечается очаг деструкции (рис. 4).

В настоящее время больной находится под наблюдением областного кожно-венерологического диспансера, серологические реакции на сифилис стойко положительные (серорезистентность).

Обсуждение. Таким образом, выраженные изменения на рентгенограмме: очаги костного разрушения, деструкция в головке правого бедра в виде гуммозного эпифизита с гиперпластической реакцией, намечающаяся деструкция в медиальном мыщелке плечевой кости правого локтевого сустава, обезображивающий остеоартрит обоих коленных суставов с массивными грубыми периостальными реакциями и стойкие резко положительные серологические реакции на сифилис достоверно

свидетельствуют о сифилитическом поражении суставов у 34-летнего мужчины. Это проявления третичного периода сифилиса в виде первично-костного артрита правого тазобедренного сустава, правого локтевого и обоих коленных суставов. Относительно сохранная функция суставов, отсутствие боли в них и общее удовлетворительное состояние больного только подтверждают сифилитическую этиологию остеоартрита. На развитие суставного сифилиса, безусловно, повлияли условия жизни пациента (нахождение в заключении и возможная

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

травма). В данном случае сифилитическое поражение суставов является единственным проявлением позднего сифилиса, вовлечения в процесс других органов и нервной системы не зарегистрировано. Это не противоречит течению третичного периода заболевания, в котором поражение суставов может быть единственным проявлением сифилиса [8].

Заключение. В связи с изменением эпидемиологической ситуации распространенность поздних форм приобретенного сифилиса увеличилась. Поздние формы характеризуются высокой частотой висцеральных поражений, в частности поражения суставов. Ревматологи должны проявлять настороженность в отношении выявления сифилитического остеоартрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сафьянникова АА, Ботвинкин АД, Якубович АИ и др. Сравнительный эпидемиологический анализ заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией в Иркутской области. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2009;91(8):85-7. [Safyannikova AA, Botvinkin AD, Yakubovich AI, et al. Comparative epidemiologic analysis of syphilis and gonococcal infection morbidity in Irkutsk region. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2009;91(8):85-7. (In Russ.)].
2. Кубанова АА, Кубанов АА, Мелехина ЛЕ, Богданова ЕВ. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010-2014 гг. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;(5):15-23. [Kubanov AA, Kubanov AA, Melekhina LE, Bogdanova EV. Syphilis incidence rate in the Russian Federation in 2010-2014. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2015;(5):15-23. (In Russ.)].
3. Прохоренков ВИ, Родиков МВ, Шпрах ВВ. Профессор С.П. Боткин о сифилитическом поражении печени. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010;97(6):262-5. [Prokhorenkov VI, Rodikov MV, Shprakh VV. Professor S.P. Botkin about syphilitic injury of liver. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2010;97(6):262-5. (In Russ.)].
4. Родиков МВ, Шпрах ВВ. Состояние cerebrospinalной жидкости у больных с ранним и поздним нейросифилисом. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2009;88(5):15-7. [Rodikov MV, Shprakh VV. State of cerebrospinal fluid in patients with early and late neurosyphilis. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2009;88(5):15-7. (In Russ.)].
5. Родиков МВ, Шпрах ВВ. Наблюдение летальных случаев при нейросифилисе. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010;97(6):255-7. [Rodikov MV, Shprakh VV. Observation of lethal cases in neurosyphilis. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2010;97(6):255-257. (In Russ.)].
6. Бархатов МВ, Родиков МВ, Шпрах ВВ. Специфическая терапия поздних форм нейросифилиса в условиях «прорыва» гематоэнцефалического барьера. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010;97(6):138-41. [Barkhatov MV, Rodikov MV, Shprakh VV. Spetsificheskaya terapiya pozdnikh form neirosifilisa v usloviyakh «proryva» gematoentsefalicheskogo bar'era. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)*. 2010;97(6):138-41. (In Russ.)].
7. Мавлютова ГИ, Юсупова ЛА, Мисбахова АГ. Поздние формы сифилиса: современное состояние проблемы. *Лечащий врач*. 2015;(6):73-7. [Mavlyutova GI, Yusupova LA, Misbakhova AG. Late forms of syphilis: modern state of the issue. *Lechashchii vrach*. 2015;(6):73-7. (In Russ.)].
8. Кубанов АА, Катунин ГЛ, Китаева НВ и др. Специфическое поражение коленного сустава у больного сифилисом. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010;(5):103-7. [Kubanov AA, Katunin GL, Kitaeva NV, et al. Specific lesion of the knee joint in a patient with syphilis. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2010;(5):103-7. (In Russ.)].
9. Turner P. Syphilitic Cirrhosis of the Liver; Ascites; Talma-Morison Operation; Arthritis of the Knee. *Proc R Soc Med*. 1914;7 (Sect Study Dis Child):124-6.
10. Левинская ДИ. Поражение костей и суставов при вторичном сифилисе. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2010;(1):61-2. [Levinskaya DI. Bones and joints disorders at a secondary syphilis. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*. 2010;(1):61-2. (In Russ.)].
11. Осипок НВ, Горяев ЮА, Калягин АН. Инфекционные артриты. *Журнал инфекционной патологии*. 2005;12(3-4):11-20. [Osipok NV, Goryaev YuA, Kalyagin AN. Infectious arthritides. *Zhurnal infektsionnoi patologii*. 2005;12(3-4):11-20. (In Russ.)].
12. Bernard S, Epaulard O, Baillet A, et al. Syphilitic arthropathy: a case report with positive PCR. *Presse Med*. 2012 Mar;41 (3 Pt 1):320-3. doi: 10.1016/j.lpm.2011.08.005. Epub 2011 Oct 4.

Поступила 10.02.2016

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.