УДК 616.72-002.1.78-089

О.Б. Кутовий [*],
С.О. Косульников [**],
С.О. Тарнапольський [**],
К.В. Кравченко [**],
О.М. Бєсєдін [*]

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНОЮ ФОРМОЮ ПОДАГРИ

Дніпропетровська державна медична академія [*]
кафедра хірургії №2
(зав.− д. мед. н. О.Б. Кутовий)
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова [**]
(гол. лікар − д. мед. н. В.О. Павлов)

Ключові слова: *подагра, ускладнення , хірургічне лікування*
Key words: *gout, complications, surgical treatment*

Резюме. *В данной статье приведены результаты хирургического лечения 12 пациентов с осложненной формой подагры и формированием тофусов различной локализации. Доказана эффективность радикальной резекции тофусов с последующим комплексным лечением ран.*
Summary. *The results of surgical treatment of 12 patients with complicated forms of gout and formation of chalk-stone of various localization are presented. The efficiency of radical resection of chalk-stone with the following complex treatment of wounds is proved.*

За останні десятиліття в науковій літературі з'являються публікації про збільшення кількості хворих з діагнозом ревматоїдний артрит, подагра, метаболічний синдром; розробляються нові терапевтичні методи медикаментозної терапії, які є ефективними на ранніх етапах захворювання [3].

У деяких державах (США, ФРН, Фінляндія) спостерігають навіть зростання захворюваності на подагру та її «омолодження». Розповсюдження подагри коливається в різних регіонах від 0,05 до 7%, що пояснюється, як правило, особливостями харчування населення, спадковістю та розвитком метаболічного синдрому [1,2,4,5,6,11].

Найчастіше хворіють чоловіки віком 40-50 років та жінки після 60 років. При довготривалому процесі клінічна картина складається з трьох синдромів: ураження суглобів, внутрішніх органів, формування тофусів.

Період від першої атаки хвороби до розвитку хронічної подагри становить від 2 до 30 років. Однією з перших ознак переходу захворювання в хронічну стадію є формування тофусів. Клінічна маніфестація тофусів, як правило, спостерігається через 5–6 років після першого суглобового нападу [1,3,5,7,8,9,11].

Тофуси являють собою депозити мононатрієвих уратів, оточених гранулематозною тканиною, в складі якої виявляються великі багатоядерні клітини, що розташовані під шкірою, в синовіальній тканині або субхондральній зоні кісток, навколо суглобів - сухожилках, зв'язках, синовіальній оболонці. З часом інколи тофуси можуть піддатися кальцифікації або навіть осифікації. Тофуси різноманітні за розміром - діаметр від 2-3мм до 3-5 см. Улюблена локалізація – ділянка першого плеснофалангового суглоба, ахілового сухожилка, ліктьових навколосуглобових сумок, розгинальна поверхня передпліччя та кисті. Рідко тофуси розташовуються на вушних раковинах, спинці носа, склерах [2,3,5,]. Описані поодинокі випадки рідкісної локалізації тофусів в аорті, міокарді, клапанах серця, в ділянці грудини, гортані, надгортанника, на голосових зв'язках, статевому члені, в спинномозковому каналі з тяжким ураженням спинного мозку [3, 4, 5] на тлі розвинутого метаболічного синдрому [11].

Тофуси нерідко ускладнюються появою виразок, формуванням нориць, приєднанням вторинної інфекції, а при тривалому перебігу захворювання − розвитком контрактур [5].

При хірургічному лікуванні хворих на подагру розроблена методика мініінвазивного втручання – артроскопія, при лікуванні подагри з ураженням великих суглобів (санація, видалення вільних тіл різного походження, поновлення внутрішньо- суглобових зв'язок та інше) [1,2].

Застосування артроскопії для проведення санації колінного суглоба дуже важливе, ускладнення спостерігаються рідко – 0,1%- 0,5% приєднується гнійна інфекція [8,10,] хворі не страждають від загального наркозу і складних операцій [2,9,10]. Такі операції можуть виконувати лікарі-ревматологи, які мають спеціальну підготовку[1,2,6,8].

Згідно з рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги [1,9], «Ревматологи і терапевти повинні пам'ятати, що при найменшій підозрі на септичний артрит слід виконати забарвлення

синовіальної рідини з Грамом і її посів. Лікування таких хворих проводять тільки у відділеннях гнійної хірургії » [1,6].

Мета роботи – оцінка результатів хірургічного лікування ускладнень подагри – тофусів різної локалізації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У період з 2001 року по цей час у нашій клініці прооперовано 12 хворих з тофусами, що розглядаються як ускладнення подагри. Всі пацієнти чоловічої статі, віком від 41 до 65 років. Тривалість захворювання на подагру у всіх хворих - від 6 до 23 років. У кожного пацієнта спостерігали більше 2 тофусів. У 7 (58,3%) хворих процес був локалізований у ділянці ліктьових навколосуглобових сумок. В одного хворого спостерігали одночасне ураження суглобів обох кінцівок, у 3 (25,0%) – заплесно, у 1 (8,3%) – першого плеснефалангового суглоба та у 1 (8,3%) хворого – в ділянці груднино-ключичних, груднино-реберних зчленувань та пахвових западин. 11 із 12 пацієнтів госпіталізовані у відділення з ознаками системної запальної відповіді на тлі вторинної ранової інфекції.

У всіх хворих виявлено гнійні запливи від інфікованих тофусів. У трьох - запливи розташовувались параосально та супроводжувались остеомієлітом. На відміну від традиційних розтинів гнійних вогнищ з механічним видаленням із ран кристалів уратів, ми проводили широке радикальне вирізання в межах здорової тканини тофусів, що загноїлися, та пластичні операції закриття рани.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всього у 12 хворих проведено 14 оперативних втручань. У хворих з тяжкою, задавненою формою подагри часто розвивається септичний артрит, що супроводжується нагноюванням і некрозом прилеглих м'яких тканин.

У 7 хворих виконано максимально допустимі вирізання тофусів у зонах уражених ліктьових суглобів (в одному випадку два суглоби були оперовані одночасно). Проведено широке дренування гнійних запливів і регулярні перев'язки та накладання на рани мазі вітчизняного виробництва на поліетиленгліколевій основі. У 3 хворих з ураженням кисті проведені стандартні некректомії. У 2 хворих тофуси видалені разом з пальцем і плесневою кісткою, що зумовлено повною деструкцією тканин і наявністю остеоміеліту. У всіх пацієнтів з ураженням суглобів у післяопераційному періоді обов'язково проводили іммобілізацію кінцівок. Після очищения ран від некротичних тканин (нальоту фібрину і гною, та в разі появи грануляцій) проводили пластику ран місцевими тканинами.

Середня тривалість лікування становила 19,7 доби. Місцевого розповсюдження та загальної генералізації запального процессу не помічали. Рецидивів тофусів не спостерігали.

Як приклад рідкісного ускладнення подагри наведемо спостереження: хворий Н., 54 років, - госпіталізовано у клініку зі скаргами на наявність ран у ділянці грудної клітки з великою кількістю секреції гною, біль у ранах, біль у суглобах верхніх та нижніх кінцівок, підвищення температури тіла до 38ºС, наявність болісних утворень у пахвах. Хворіє протягом 7 років. Почалось захворювання розвитком гострого запалення першого плеснефаланогового суглоба правої стопи. Під наглядом у терапевта хворий лікувався нестероїдними протизапальними препаратами. Встановлено діагноз - ревматоїдний поліартрит. Анамнез хвороби - 1,5 року тому в ділянці груднини, а потім і в пахві справа, почали з'являтися та спонтанно прориватися утвори, поступовий розпад яких супроводжувався формування поширених ран.

За медичною допомогою хворий не звертався, лікувався самотужки. Тільки після появи аналогічного запалення в пахві зліва, посилення лихоманки, різкого погіршення загального стану звернувся в поліклініку. На рентгенограмах і комп'ютерній томографії виявлено остеомієліт груднини, ребер з гнійними запливами. Пацієнту виконана ургентна операція – некрсеквестректомія, дренування запливів; видалено у великій кількості вільно розташовані секвестри кісток та хрящів. Проведена остеонекректомія ребер і ключиці. При дренуванні запливів у ділянці яремної ямки, правої лопатки і лівої пахви евакуйовано 200,0 мл гною. Рана являла собою глибокий дефект діаметром майже 15 см, замість повністю зруйнованої процесом груднини, хрящевих ділянок ребер і груднинно-ключичних зчленувань.

У глибині рани визначалась пульсація серця в перикарді та екскурсія правої легені. Казеозний тип виділення з рани і запливів давав привід думати про специфічний характер запалення, але різкий уремічний запах і виявлені наступного дня кристали уратів (при мікроскопії виділення) змінили першу думку.

При мікроскопічному, гістологічному і бактеріологічному дослідженні патологічного матеріалу не виявлено Mycobacterium tuberculosis. Далі, після виявлення гіперурикемії (0,53-0,57 ммоль/л), відсутності в результатах біопсії ознак туберкульозу і актіномікозу, даних рент-

генографії стоп, УЗД нирок, зіставлення анамнестичних даних остаточно сформульовано діагноз: «Подагра, тяжкий перебіг хвороби, подагричний поліартрит, рецидивний перебіг, подагричні тофуси, подагрична нирка, поширені інфіковані рани грудної клітки». Після проведеної операції, планових перев'язок, медикаментозного лікування (дезінтоксикаційна терапія, антибіотики, препарати для нормалізації рівня обміну урату натрію) та суворої дієти стан хворого покращився: температура нормалізувалась, зменшився біль у суглобах, хворий почав самостійно ходити, рани очистились, заповнились грануляціями, зменшились розміром. Пацієнту після зменшення глибини рани та її очищення проведено пластичну операцію для закриття ранового дефекту.

ПІДСУМОК

Таким чином, локалізація і клінічні симптоми тофусів при довготривалому перебігу подагри без належного лікування можуть проявлятися різноманітними формами. Одним із результативних методів хірургічного лікування тофусів є максимально можлива резекція в межах неушкоджених тканин і наступне застосування пластичних операцій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Барскова В.Г. Рациональные подходы к диагностике подагры (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги) / В.Г. Барскова // Современная ревматология.- 2007.- № 1.-С. 10-12.
2. Лялина В.В. Лечебная санационная артроскопия при подагрической артропатии коленного сустава / В.В. Лялина, Ф.Л. Лазко // Современная ревматология. - 2007.-№1.- С.47-50.
3. Мухин Н.А. Подагра: лики болезни / Н.А. Мухин // Современная ревматология.- 2007.- № 1.-С. 5-9.
4. Особенности развития и медикаментозной коррекции кардиоваскулярной патологии при подагре и подагрическом гломерулонефрите / Г.А. Игнатенко, И.В. Мухин, Е.Н. Кошелева [и др.] // Врачебная практика.- 2004.- №2.- С.32-39.
5. Синяченко О.В. Подагра / О.В. Синяченко, Э.Ф. Баринов. – Донецк: Донеччина, 1994.- 246с.
6. An international audit of training, techniques and morbidity of rheumatological arthroscopy. Annual Scientific meeting of American College of Rheumatology / D. Kane, O. FitzGerald, D. Veale [et al.] // Arthritis Rheum.- 2000.- N 43, S. 9.- P. 216.
7. Lindblad S. Arthroscopy in rheumatology / S. Lindblad // Ann. Rheum. Dis. – 2000. – N 8.
8. Minor and major complications of arthroscopic synovectomy of the knee joint performed by rheumatologist / S.I. Kuzmanova, A.N. Atanassov, S.A. Andreev [et al.] // Folia Med. Plovdiv. - 2003.- N 45. – P.55–59.
9. Results of Arthroscopic Medial Meniscectomy in Patients With Grade IV Osteoarthritis of the Medial Compartment / Seong-Il Bin, Sang-Hoon Lee, Chang-Wan Kim [et al.] // J. Arthroscopic Related Surgery.- 2008.- Vol.24, N 3.- P. 264-268.
10. Survey of arthroscopy performed by rheumatologists/ D. Kane, D.J. Veale, O. FitzGerald, R. Reece // Rheumatology. Oxford.- 2002.- N 41.- P. 210-215.
11. The Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Gout: A Multicenter Study /Y. H. Rho, S. J. Choi, Y. H. Lee [et al.] // J. Korean. Med. Sci. - 2005. – Vol. 20, N 6. - P.1029 -1033.