

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ

А.А. Кутин

ФГУЗ Клиническая больница № 85 ФМБА России, Москва

Проанализирован собственный опыт оперативного лечения 27 больных с подагрическими тофусами. Сделаны выводы о необходимости хирургического вмешательства на ранних стадиях, до развития осложнений. Операции при подагре носили местнопластический характер и были индивидуальны в зависимости от величины и локализации тофуса.

Ключевые слова: подагра, тофусы, хирургическое лечение

SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT URATOSIS TOPHI

Kutin A.A

The author analyzes his own experience of operative treatment of 27 patients with arthritic tophi. The conclusions about the need for surgical intervention at an early stage, before the development of complications. Operation with gout were local plastic nature and were individually depending on the size and location of tophi.

Keywords: gout, tophi, surgical treatment

Подагра (*греч.* podos – нога, agra – захват, "нога в капкане") – заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена. Наследственная предрасположенность и нарушения пищевого режима – основные этиологические факторы подагры. Важнейшими патогенетическими нарушениями в гомеостазе являются гиперурикемия, отложение солей мочевой кислоты в виде кристаллов моноурата натрия в различных тканях и органах. В первую очередь поражаются околосуставные анатомические структуры, из внутренних органов – почки.

Клинически проявляется приступообразно возникающим артритом, чаще всего I плюснефалангового сустава (рис. 1).

Постепенно уратные отложения муфтообразно охватывают сустав, кальцинируются с последующим развитием деформирующего артроза, отложением кристаллов моноурата

натрия в суставе с потерей функции (рис. 2). 16-20% больных подагрой – носители уратных камней [1]. Подагрой чаще болеют мужчины и основным поводом обращения к хирургу остаются тофусы (gouty unit) – опухолевые образования за счет отложения моноурата в подкожной клетчатке над суставами кисти и стопы [2, 3] (рис. 3). В литературе по проблеме подагры можно найти много исторических фактов, исследований, описаны стадии заболевания, клинические формы, классификационные критерии первичной и вторичной подагры и патогенетически обоснованная терапия [4-9].

Хирургические аспекты подагры касаются, прежде всего, оперативного удаления тофусов; реже – резекции внутрисуставных фрагментов сочленяемых костей крупных суставов, отростков позвонка и артропластики мелких суставов, висцеральной подагры [10-14].



Рис. 1. Внешний вид стоп пациента с метаболическим синдромом и вторичной подагрой – артрит I плюснефалангового сустава правой стопы.



Рис. 2. Рентгенограмма больного с кальцинированным околоуставным муфтообразным тофусом и деформирующим артрозом I плюснефалангового сустава левой стопы. Вторичная подагра.

Большинство исследователей и врачей, занимающихся проблемой подагры, считают, что при крупных тофусах, при изъязвлении тканей и наличии свищей показано удаление их хирургическим путем, так как они не рассасываются при применении антиподагрических средств, ограничивают функцию суставов и других органов [3].

Тем не менее, вопросы показаний к ранним операциям по удалению тофусов, предупреждению их нагноений, технике оперативных вмешательств и снижению числа инвалиди-

зирующих операций (ампутаций пальцев) освещены еще недостаточно.

Под нашим наблюдением находились 27 пациентов, мужчины в возрасте 40-75 лет, страдавших подагрой в течение 10-25 лет. Все больные получали медикаментозную терапию и не имели к моменту обращения гиперурикемии. Некоторые больные ранее были оперированы в других лечебных учреждениях, где выполнялись ампутации пальцев и резекции тофусов (неполное удаление).



Рис. 3. Типичные стопы длительно болеющего пациента с первичной подагрой. Ампутированный I палец правой стопы. Тофус на тыльной поверхности III пальца левой стопы. Клинико-рентгенологически также имеется тофусного генеза свищевой остеомиелит концевой фаланги IV пальца левой стопы.

Распределение пациентов по локализации и характеру тофусов представлено в таблице.

Одиночные поражения (тофусы) имели 11 пациентов, множественные тофусы – 16. Одиночные тофусы располагались на ушной раковине (1), в области локтевого сустава (4), на пальцах кисти (3), на стопе (3). Множественные тофусы: на стопе, на пальцах кисти, в области коленного и локтевого суставов (6 пациентов) – из них у 3 пациентов на стопах и кистях от 4 до 10 тофусов (рис. 4-6); у 10 пациентов – от 3 до 5 тофусов на стопах и кистях. У 8 пациентов с множественными тофусами имелись осложнения в виде множественных свищей (тофусы на подошвах) и тотального поражения анатомических структур пальцев стоп («пандактилит», рис. 7, 8). Количество тофусов не зависело от клинических форм подагры.

Величина тофусов колебалась от 1 до 5 см

Таблица

Распределение пациентов по характеру местных подагрических нарушений

Характер местных подагрических нарушений	Локализация					Всего
	кость	стопа	коленный сустав	локтевой сустав	ушная раковина	
Тофусы (Т) неосложненные	6	4	1	5	1	17
Т со свищами	1	4				5
Т с нагноением (абсцессы)		1				1
"Пандактилит"		2				2
Предшествующие ампутации пальцев		2				2
Одиночные поражения						11
Множественные поражения						16

в диаметре в основании опухолей. Неподвижность тофусных опухолей отмечена во всех случаях. С ростом тофусов дерма истончалась, подвижность смежных суставов ограничивалась и почти отсутствовала в фаланго-фаланговых и плюснефаланговых суставах при достижении величины тофусов до 3 см в диаметре и более.

Тофусные опухоли плотные и безболезненные. Следует отметить, что все пациенты обращались к хирургам или ортопедам, но лишь 10 больным предложена госпитализация для оперативного лечения (пациенты с осложненными тофусами).

Все больные оперированы: удаление тофусов (24 пациента), ампутации пальцев (2 пациента), резекция тофуса в области I плюснефалангового сустава (1 пациент). У 16 пациентов с множественными поражениями выполнено 38 операций (удаление 2 тофусов – 9 пациентов, удаление 4 тофусов – 5 пациентов).

Особенности оперативного удаления тофусов

Операции выполнялись под местной инфильтрационной, проводниковой или спинномозговой анестезией.

Прежде всего, необходимо отметить, что после отсеечения тофусной опухоли, как правило, тем или иным окружающим разрезом образовывалась круглая или овальной формы



Рис. 4 а, б. Правая стопа больного Б., 41 год, с первичной подагрой. Тофусы разной величины в переднем и заднем отделах стопы.

раневого характера. Крайне сложно выделить тофус через линейный разрез, препарирование кожи над ним при этом доступе вело к вскрытию тофуса; опухоли, в отличие от



Рис. 5 а, б. Тот же пациент. Видны еще тофусы на I и II пальцах. Имеется 6 тофусов. Наиболее крупный тофус в пяточной области с множественными свищами, выделяется серозная жидкость.



Рис. 6. Тот же пациент. На правой кисти 4 тофуса: по наружной поверхности II пястно-фалангового сустава, на ладонной поверхности проксимальной фаланги II пальца, на ладонной поверхности средней фаланги IV пальца, в проекции дистального межфалангового сустава V пальца.



Рис. 7. Подагрическая "инфильтрация" V пальца правой стопы с поражением всех структур пальца, распадом муфтообразного тофуса и нагноением. Условно такое состояние пальца правомочно обозначать как подагрический "пандактилит".

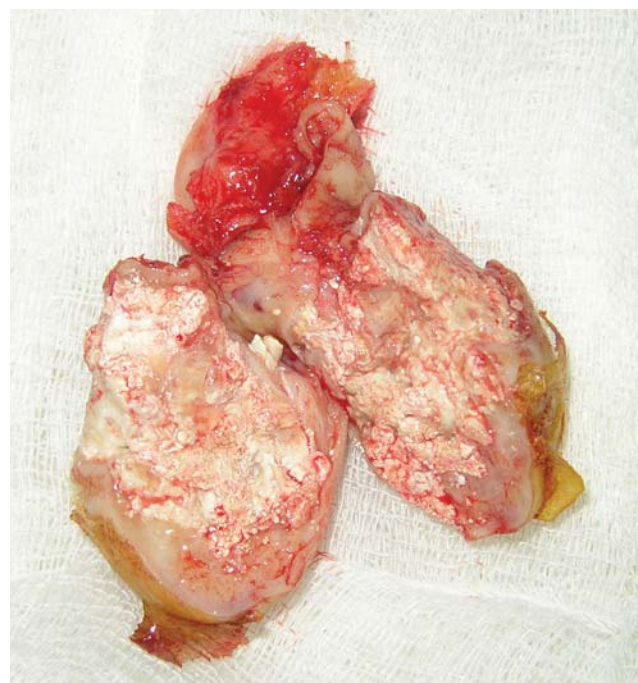


Рис. 8. Макропрепарат того же больного после ампутации V пальца стопы. Массивное отложение моноурата натрия в мягких тканях, в костно-суставных структурах с разрушением суставов и фаланг.

атером или фибролипом, например, не имеют четко отграниченной капсулы.

В ряде случаев из-за инфильтративного моноуратного пропитывания тканей отделение тофусов сопровождалось обнажением сухожилий. В связи с этим попытка насильственного «вылуцивания» опухоли и острого



Рис. 9. Вид послеоперационных ран на стопе у больного Б. (рис. 4, 5). Рана по наружной поверхности пяточной области закрыта П-образным лоскутом. Заживление ран по типу первичного натяжения (швы сняты на 15-17-е сут после операции).

отсечения, отделения от подлежащих тканей «вслепую» недопустимы.

В силу ограниченности, недостаточной подвижности окружающих рану кожно-подкожных слоев, в частности на пальцах и на подошве, приходилось тем или иным способом мобилизовывать кожу, края раны дополнительными разрезами. Операции всегда носят местнопластический характер для предупреждения натяжения швов, во всех случаях выполняли пластику местными тканями –

Литература

1. Болезни почек. Под ред. Г. Маждракова. 3 изд. София, 1976. 853 с.



Рис. 10. Макропрепараты больного Б. Нижний препарат – 2 тофуса по наружной поверхности пяточной области удалены единым блоком.

или полуовальными разрезами в противоположных направлениях, или приближающимися к симметричным треугольникам по Лимбергу, придерживаясь принципов *sicatrix optima* по Я. Золтан. Если раневой дефект ожидался значительным, то на основе предварительного расчета разрез для удаления опухоли предусматривал последующую П-образную мобилизацию края раны в наиболее оптимальном направлении (рис. 9, 10).

В случаях свищевых форм тофусов после их удаления раны закрывали редкими швами. При абсцессах тофусы удаляли после широкого вскрытия гнойника и стихания воспаления в окружающих тофус тканях.

Выводы

1. После консервативной терапии и стабилизации уровня урикемии показано удаление тофусов.

2. Операции предпочтительно выполнять при небольших величинах тофусных опухолей, не дожидаясь роста их или гнойно-свищевых осложнений.

3. Операции носят местнопластический характер и индивидуальны в зависимости от величины и локализации тофуса.

2. Dirken-Heukensfeldt K.J., Teunissen T.A., van de Lisdonk H., Lagro-Janssen A.L. Clinical features of women with gout arthritis. A systematic review //

Clin. Rheumatol. 2010. Vol. 29 (6). P. 575-582.

3. Keith M.P., Gilliland W.R. Updates in the management of gout // Am. J. Med. 2007. Vol. 120 (3). P. 221-224.

4. Nuki G., Simkin P.A. A concise history of gout and hyperuricemia and their treatment // Arthritis Res. Ther. 2006. Vol. 8 (Suppl. 1). P. S1.

5. Marson P. Saint Trophymus of Arles, the patron of sufferers from podagra // Reumatismo. 2001. Vol. 53 (1). P. 75-83.

6. Шурканцева Е. Лечение подагры, мозолей, натоптышей, шпор. М., 2010. 92 с.

7. Елисеев М.С., Барскова В.Г. Подагра. Подагрические артриты: Современные принципы диагностики и лечения подагры. 1984.

http://www.rmj.ru/articles_5696.htm.

8. Барскова В.Г. Метаболический синдром и кардиоваскулярные нарушения при подагре: Дис. ... докт. мед. наук. М., 2006, 291 с.

9. Мухин М.А., Балкаров И.М., Лебедева М.В.

Подагра – старые и новые проблемы // Рос. мед. журн. 1998. № 4. С. 19-23.

10. Soldo-Juresa D., Morović-Vergles J., Cunović S. et al. Case report of a patient with knee gout // Reumatizam. 2000. Vol. 47 (1). P. 20-24.

11. Küng E.E., Glauser T. Ulcerating gout tophi. Surgical therapy in a patient with hyperuricemia, hyperlipidemia and alcohol abuse // Hautarzt. 1991. Vol. 42 (7). P. 461-463.

12. Arnold M.H., Brooks P.M., Savvas P., Ruff S. Tophaceous gout of the axial skeleton // Aust. N. Z. J. Med. 1988. Vol. 18 (7). P. 865-867.

13. Rouault T., Caldwell D.S., Holmes E.W. Aspiration of the asymptomatic metatarsophalangeal joint in gout patients and hyperuricemic controls // Arthritis Rheum. 1982. Vol. 25 (2). P. 209-212.

14. Панова М.И. Хирургические аспекты подагры // Ортопедия, травматология, протезирование. 1976. № 4. С. 44-47.

Контактная информация:

Кутин Александр Алексеевич – зам. главного врача по научной работе КБ № 85 ФМБА России, д.м.н.

Тел.: (495) 749-35-50, e-mail: med@kb85.ru