

УДК 616-002.78-035.7

ПОСЛЕДСТВИЯ НЕАДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.А. Синенко^{1,2}, Е.Б. Абрамочкина², Е.М. Файзенгер², О.И. Сюсина², Н.М. Лунач², Н.Н. Глазкова², Н.С. Комендантова²

¹Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

²Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: подагра, тофусы, суставы, нефропатия.

Описан клинический случай подагры у мужчины 61 года, с 18 лет страдавшего подагрическим артритом и не получавшего адекватного лечения. Заболевание привело к грубым деформациям суставов, удалению двух пальцев на стопе. Приводятся жалобы больного, данные анамнеза и объективные данные, результаты лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического исследования.

Подагра в настоящее время рассматривается как системное заболевание с воспалением в местах отложения кристаллов моноурата натрия у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1]. По экспертным оценкам, подагрой страдает не менее 1–3% взрослого населения. Заболеваемость подагрой составляет в различных популяциях от 5 до 50 на 1000 мужчин и 1–9 на 1000 женщин [2]. Население территории, которую обслуживает ПККБ №1, составляет более миллиона человек. В 2010 г. в ревматологическом отделении стационара пролечено 60 человек с диагнозом «подагра» и средняя длительность их пребывания в клинике составила 12 койко-дней. В 2011 г. пролечено 68 человек (12,3 койко-дня, в 2012 г. – 80 человек (10,9 койко-дня). Учитывая, что врач общей практики за весь период своей деятельности наблюдает единичные случаи подагры, проблемы ее ранней диагностики и правильной оценки клинических проявлений в терапевтической практике остаются актуальными. Приводим описание собственного наблюдения.

Больной С., 61 года, поступил в ревматологическое отделение ПККБ №1 06.12.2012 г. с жалобами на постоянные боли смешанного ритма и ограничение движений в суставах кистей, стоп, в коленных и локтевых суставах, а также на наличие множественных обезображивающих тофусов периартикулярных тканей. Боли усиливались при незначительной физической нагрузке. Считал себя больным с 18-летнего возраста, когда впервые развился острый приступ артрита с поражением плюснефалангового сустава первого пальца правой стопы, продолжавшийся три дня и купированный самостоятельно. В дальнейшем приступы артрита повторялись 1–2 раза в год, но к врачам не обращался и не обследовался. Впервые диагноз подагры установлен в 45-летнем возрасте при обращении к ревматологу, тогда же впервые выявлено повышение уровня мочевой кислоты в крови, рекомендован прием аллопуринола в качестве базисной терапии. Больной препарат принимал не постоянно, а только в периоды обострений заболевания, оценивая его как неэффективное средство. В то же время отмечал достаточно выраженный противовоспалительный эффект от приема нестероидных препаратов. В течение последних

10 лет наблюдалась тофусная форма подагры, периодически со вскрытием узлов. 5 лет назад по личному настоянию больного в связи с выраженным болевым синдромом и значительным увеличением концевой фаланги IV пальца правой стопы, препятствующим ношению обуви, проведено ее удаление. В 2009 г. в связи с прогрессирующим увеличением тофусов и их нагноением удалены II и III пальцы левой стопы. Последнее ухудшение состояния около полугода: усилились артралгии, нагноились тофусы в области левого локтевого сустава, узлы увеличились в размерах,росло ограничение движений. Несмотря на прогрессирование заболевания, аллопуринол в дозе 0,1 г и нестероидные противовоспалительные препараты (чаще всего диклофенак – 50 мг 2–3 раза в день) принимал только в периоды ухудшения самочувствия и короткими курсами (по 3–5 дней). Госпитализирован для коррекции лечения.

Вирусные гепатиты, туберкулез, сахарный диабет, кожные и венерические заболевания отрицал. Страдал симптоматической артериальной гипертензией в течение последних 5 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у отца – подагра. Курил до 10 сигарет в день более 40 лет.

Общее состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Доступен контакт. Передвигался с трудом из-за болевого синдрома и выраженной деформации суставов. Число дыхательных движений 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушивались. Число сердечных сокращений 75 в мин., пульс – 75 уд./мин., удовлетворительных качеств, правильный. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации мягкий. Печень выступала из-под края реберной дуги на 1 см, нижний край умеренно болезненный.

При осмотре обращала на себя внимание грубая деформация суставов кистей и стоп, голеностопных, локтевых и лучезапястных суставов за счет множественных обезображивающих тофусов, с выраженной гиперемией и гипертермией кожи над этими суставами. Регистрировались атрофия межкостных мышц кистей, тофусы ушных раковин, вскрывшийся и нагнавшийся тофус в области левого локтевого сустава (рис. 1). Отсутствовали II и III пальцы левой стопы, концевая фаланга IV пальца правой стопы.

При лабораторном исследовании крови выявлены незначительная эозинофилия (6%), повышение уровня растворимых фибринмономерных комплексов до 9,5 мг/100 мл. Фракции комплимента: С3 – 99,57 мг/дл, С4 – 26,23 мг/дл. Криоглобулины (на циркулирующие иммунные комплексы) – 0,017 ед, ревматоидный фактор – 8 ед. (отр), серогликоид – 0,2 усл. ед., креатинин – 98 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации – 80 мл/мин. Концентрация в крови мочевой кислоты – 280 мкмоль/л, мочевины – 4,81 ммоль/л, лактатдегидрогеназы – 493 ед./л, креатинфосфокиназа – 205 ед./л. Тимоловая проба – 5,2 ед.; С-реактивный белок 15 мг/л. Остальные биохимические показатели и общий анализ мочи без особенностей. Электрокардиографически – синусовый ритм 68 в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса. При ультразвуковом исследовании

Синенко Андрей Анатольевич – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии и фтизиопульмонологии ТГМУ; e-mail: sinenko_aa@mail.ru



Рис. 1. Изменения верхних конечностей:

а – деформация кистей и множественные парасуставные тофусы; б – нагноившийся тофус в области локтевого сустава.

сердца обнаружены склеротические изменения аорты, межжелудочковой перегородки, фиброзных колец митрального и аортального клапанов. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек без особенностей.

Диагноз: подагра, первично-метаболическая форма, хронический подагрический полиартрит, непрерывно-рецидивирующие приступы. Вторичный деформирующий остеоартроз, полиостеоартроз с преимущественным поражением суставов кистей (R 4 ст.), стоп (R 4 ст.) и коленных суставов (R 3 ст.). Нарушение функции суставов, 3-й функциональный класс. Множественные тофусы периартикулярных тканей и ушных раковин. Вскрывшийся тофус в области левого локтевого сустава. Подагрическая нефропатия. Хроническая болезнь почек, 2-я стадия. Симптоматическая артериальная гипертония, 2-я стадия, высокий риск. Хроническая сердечная недостаточность 2-го функционального класса, стадия 2А.

На рентгенограмме кистей в прямой проекции преимущественно в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах на фоне выраженного мягкотканного параоссального и параартикулярного компонента определялись крупнофокусные очаговые сливные кистовидные структуры со вскрытием в полость суставов, разрушением смежных замыкательных пластин (рис. 2, а). Рентгенография голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях: крупноочаговая кистовидная перестройка преимущественно в эпифизарном отделе большеберцовой кости со вскрытием замыкательных пластин (рис. 2, б). Фиброгастроудоденоскопия: эритематозная гастродуоденопатия.

Ультразвуковое исследование суставов. Правый коленный сустав: гиалиновый хрящ – снижение высоты до 2,2 мм, контур неровный, структура гиперэхогенная, субхондральный слой толщиной 1,2 мм, контуры надколенника, большеберцовой и бедренной кости неровные, остеофиты до 5 мм, кисты Бейкера нет.



Рис. 2. Рентгенограммы кистей и стоп больного С. (пояснения в тексте).

Левый коленный сустав: количество внутрисуставной жидкости умеренное, супрапателлярная сумка не расширена, выпота нет, капсула уплотнена и утолщена с гиперэхогенными включениями, синовиальная оболочка утолщена до 3,1 мм, связочный аппарат целый, мениски не выбухают, целостность сохранена, структура гиперэхогенная, гиалиновый хрящ толщиной 2,5 мм, контур неровный, структура гиперэхогенная, субхондральный слой 1,1 мм, контуры надколенника неровные, контуры большеберцовой и бедренной кости неровные с эрозиями на пателлофemorальном плато и мыщелках, остеофиты величиной до 6,2 мм, киста Бейкера до 20 мм в поперечнике, с кальцинатами. Заключение: остеоартроз коленных суставов, артрит, синовит, киста Бейкера слева.

Получал лечение: кетонал (50 мг/мл) – 2 мл 1 раз в день внутримышечно, трамадол 2 мл 1 раз в день внутримышечно, аллопуринол – 0,1 г 3 раза в день, колхицин – 0,5 мг 2 раза в день, лориста – 50 мг 1 раз в день, нимесулид – 0,1 г 2 раза в день, органол – 20 мг 2 раза в день. Внутривенно вводился цефтриаксон – 2 г 1 раз в день в течение 7 дней. Местно 2 раза в день применялся банеоцин – 2 г в течение 10 дней.

На фоне лечения отмечалась достаточно выраженная положительная динамика – уменьшились боли в суставах, прекратились выделения из свищей тофусов. Больной выписан на амбулаторное долечивание у терапевта по месту жительства.

Таким образом, подагра является достаточно распространенным заболеванием, характеризующимся длительным прогрессирующим течением и без адекватной терапии приводящим к значительным нарушениям двигательной функции больных.

Литература

1. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 752 с.
2. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.

Поступила в редакцию 04.03.2013.

CONSEQUENCES OF INADEQUATE TREATMENT OF GOUTY ARTHRITIS

A.A. Sinenko^{1,2}, E.B. Abramochkina², E.M. Fizenger², O.I. Syusina², N.M. Lupach², N.N. Glazkova², N.S. Komendantova²

¹ Pacific State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation), ² Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary – The paper describes clinical case of gout in man aged 61 who has suffered from gouty arthritis since he was 18 years old. The patient has not been administered adequate treatment. The disease caused severe joint deformations and removal of two toes. The paper summarises patient complaints, medical history information and objective evidence, results of laboratory tests, X-ray examination, ultrasound scanning, and endoscopy.

Key words: gout, chalk stone, joints, nephropathy.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 3, p. 95–96.