

Корзун А.Л.¹, Кузьмин Ю.В.¹, Попченко А.Л.¹, Дорох Н.Н.²

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии¹
УЗ «4-я ГКБ имени Н.Е.Савченко»²*

Резюме: в связи с возможностью значимых нарушений функции кисти и развития гнойных осложнений различной степени тяжести при длительном существовании подагрических тофусов – целесообразно выполнять их превентивное иссечение с первичным швом раны. Аналогичное вмешательство может выполняться при уже развившемся в зоне тофуса гнойном процессе.

Ключевые слова: подагра, подагрические тофусы, хирургическое лечение.

Введение. Лечение подагры традиционно считается прерогативой терапевтов-ревматологов. Абсолютным критерием диагностики подагры является наличие подагрических тофусов – отложений солей мочевой кислоты в мягких тканях организма, с преимущественной локализацией в области суставов: прежде всего суставов кистей рук и суставов стопы. В хирургической среде существует устоявшееся мнение о ненужности и бесперспективности удаления подагрических тофусов, в связи с его заведомо паллиативным характером, не устраняющим этиопатогенетических причин заболевания. Оперативные вмешательства предпринимаются только при инфицировании и нагноении существующих подагрических тофусов, когда уклониться от хирургической интервенции не представляется возможным, и заключаются во вскрытии и дренировании, большей частью – пассивном, возникшего в области тофуса гнойного очага. Дальнейшее лечение, как правило достаточно длительное, проводится консервативно до самостоятельного очищения и заживления раны, преимущественно – на базе лечебных учреждений амбулаторного профиля, либо в домашних условиях.

В то же время длительно существующие, прогрессирующие в размерах подагрические тофусы в области суставов кистей рук помимо косметических проблем со временем приводят к деформациям, подвывихам, вывихам и полному разрушению суставов, на стопах – болезненны и затрудняют ходьбу.

В некоторых редких случаях развившаяся в зоне подагрического тофуса любой локализации гнойная инфекция генерализуется с развитием тяжелых форм сепсиса.

Цель. Оценить перспективы превентивного хирургического удаления подагрических тофусов и показать возможность радикальной хирургической обработки гнойного очага (некрэктомии и первичного шва раны) при лечении нагноившихся тофусов.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения подагрических тофусов у 7 пациентов в возрасте от 43 до 64 лет. Средний возраст составил 54.0 ± 5.4 лет. Женщин было 4 (57.1%), мужчин – 3 (42.9%). Сроки существования тофусов у всех пациентов составляли более 10 лет, причинами развития были, помимо собственно наличия подагры, несвоевременное обращение к ревматологу и последующий нерегулярный прием противоподагрических препаратов.

У 5 пациентов тофусы средним объемом до $\sim 1.5 \text{ см}^3$ локализовались на тыльной поверхности области межфаланговых суставов кистей рук; у одного из них было 3 тофуса, у остальных – по 2.

У одной пациентки тофус объемом до $\sim 4 \text{ см}^3$ локализовался в области первого плюснефалангового сустава стопы и был инфицирован. Еще у одного пациента имелся нагноившийся тофус объемом до $\sim 120 \text{ см}^3$ на задней поверхности правого локтевого сустава (с наличием открытых раневых поверхностей общей площадью до $\sim 7 \text{ см}^2$ после выполнявшегося ранее в другом лечебном учреждении вскрытия гнойного очага) и тофусы без признаков инфицирования объемом до $\sim 70 \text{ см}^3$ и $\sim 15 \text{ см}^3$ на задней поверхности левого локтевого сустава и подошвенной поверхности правой стопы, соответственно.

Общее состояние 6 пациентов, не имевших значимых сопутствующих общесоматических заболеваний было удовлетворительным, одного – последнего пациента – средней тяжести, в связи с перенесенным, вследствие генерализации гнойного процесса в области подагрического тофуса, тяжелым сепсисом, развитием острой почечной недостаточности, бактериального эндокардита (купированными к моменту оперативного лечения) с разрушением створок митрального клапана, сохраняющимися явлениями сердечной недостаточности, частыми пароксизмами тахикардии и тахиаритмии; оперативное лечение ему было предпринято в целях ликвидации источника инфекции, как этап подготовки к протезированию клапана сердца, которое в последующем было успешно проведено в специализированном учреждении.

Пациентам, под проводниковой (на кисти) и местной инфильтрационной анестезией в других областях, было произведено одномоментное иссечение всех подагрических тофусов в пределах визуально непораженных тканей с наложением первичного шва. В качестве интраоперационной антибиотикопрофилактики выполнялось припудривание раневых поверхностей цефтриаксоном (в дозе до 2 граммов) непосредственно перед ушиванием ран. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия – не назначалась.

Результаты и обсуждение. Ухудшения общего состояния пациентов при выполнении анестезии, в ходе операции и в послеоперационном периоде – не отмечено. Срок послеоперационного пребывания в стационаре во всех случаях составил – 1 сутки. Раны зажили первичным натяжением. Сроки заживления ран до снятия швов составили 11.5 ± 0.7 суток.

В двух случаях, при локализации тофусов в области дистального межфалангового сустава пальца кисти с разрушением к моменту операции капсульно-связочного аппарата сустава, в раннем послеоперационном периоде сформировались наружные синовиальные свищи со скудным отделяемым,

закрывшиеся самостоятельно в сроки до 2-2.5 недель; еще в одном случае – после иссечения тофуса подошвенной поверхности стопы – образовался участок поверхностного эпидермального некроза кожного лоскута, эпителизовавшийся самостоятельно к 20 суткам от момента операции под повязкой, накладывавшейся по методике «временного кожного эквивалента».

Пациенты прослежены в сроки до 1.5-2 лет после оперативного лечения – субъективно отмечают улучшение качества жизни и функции кисти с сохранением достигнутых непосредственно после операции результатов. На фоне регулярного приема препаратов (аллопуринол, аденурик) признаков рецидива подагрических тофусов в области проводившихся оперативных вмешательств за вышеуказанное время наблюдения – нет.

Выводы:

1. Превентивное удаление подагрических тофусов пальцев кистей рук является вмешательством малого риска, позволяет снизить вероятность дальнейшего повреждения подагрическим процессом суставов.

2. Превентивное удаление подагрических тофусов любой локализации предупреждает риски развития гнойных осложнений, которые в некоторых случаях могут быть весьма серьезными.

3. В связи с локализацией подагрических тофусов в мягкотканых структурах – в подавляющем большинстве случаев оперативное вмешательство может быть выполнено под местным обезболиванием.

4. В случаях инфицирования и нагноения подагрического тофуса возможно его иссечение с проведением интраоперационной антибиотикопрофилактики и наложением первичного шва. При адекватно выполненном оперативном вмешательстве назначения антибиотикотерапии в послеоперационном периоде – не требуется.

5. Метод можно рекомендовать к практическому использованию в режиме стационара одного дня для лечебных учреждений различного уровня.