

- deficiency virus and acute renal insufficiency. Bull. Acad. Natl. Med., 1997, 181, 9, 1763-1779.
63. Strephan J.L., Galambrun C. Lymphohistocyte activation syndromes associated with Epstein-Barr virus. Pathol. Biol. (Paris), 1997, 45, 2, 131-136.
64. Sugimoto H., Hashimoto N., Suzuki S., Gejyo F. The clinical significance of the measurement of serum soluble interleukin-2 receptors in various diseases. Rinsho Byori, 1996, 44, 2, 176-182.
65. Toulon P. Hemostasis and human immunodeficiency virus (HIV) infection. Ann Biol. Clin. (Paris), 1998, 56, 2, 153-160.
66. Trapani S., Ermini M., Falcini F. Human parvovirus B19 infection: its relationship with systemic lupus erythematosus. Semin. Arthr. Rheum., 1999, 28, 5, 319-325.
67. Vanguri P., Farber J.M. IFN and Virus-inducible expression of an Immediate early gene, *crg-2/IP-10*, and a delayed gene *I-A*, in Astrocytes and Microglia. J. Immunol., 1994, 152, 1411-1418.
68. Wong K.F., Chan J.K., Lo E.S., Wong C.S. A study of the possible etiologic association of Epstein-Barr virus with reactive hemophagocytic syndrome in Hong Kong Chinese. Hum. Pathol., 1996, 27, 11, 1239-1242.

Поступила 1.03.2000 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: (616-002. 78)-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОДАГРЫ

В.П.Павлов, Б.А.Асин, С.А.Макаров, Г.А.Матушевский

Институт ревматологии (дир. - академик РАМН - В.А.Насонова) РАМН

Депозиты мочевой кислоты (тофусы) чаще всего располагаются в области суставов кисти, локтевых, стоп, вызывая неудобства при ручном труде, письме, ношении обуви. При самопроизвольном вскрытии тофусов выделяется содержимое через свищ, создавая дополнительные бытовые трудности из-за необходимости частой смены загрязненного белья, постоянной влажности обуви. Причиной обращения к врачу служат также косметические факторы: гигантские и множественные тофусы обезображивают кисти и другие части тела и конечностей.

Под нашим наблюдением находилось 14 больных хронической подагрой (тофусная форма), 13 мужчин и одна женщина в возрасте от 27 до 57 лет, в среднем 43 года, с длительнос-

тью подагры от 5 до 20 лет. Все эти больные были прооперированы в хронической стадии, вне обострения подагры. Приводим клинический пример.

Больной С., 47 лет, инвалид II группы, поступил в клинику Института ревматологии РАМН 7.12.1999 г. Диагноз при поступлении: подагра, хронический подагрический диатез, множественные тофусы. Страдает подагрой в течение 20 лет. За последние 6 лет отметил учащение приступов подагры, формирование множества тофусов в области кистей, локтевых суставов, стоп. В течение всего периода заболевания принимает НПВП, аллопуринол, гипотензивные препараты, внутрисуставно - кортикостероиды. При обследовании отмечен нормостенический статус больного. Множественные тофусы - гигантские до 8х6х4 см в области локтевого сустава, средние - в области кисти - до 5-6 см³, небольшого размера - 1-2 см³ в области стоп.

Некоторые тофусы инфильтрируют кожу

Адрес для переписки:

В.П.Павлов,
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а
Институт ревматологии РАМН,
тел.: (095) 114-44-66.

и имеют тенденцию к образованию свищей. Лабораторные показатели: Ан. крови: Нб -158 г/л, Эр- $4,5 \times 10^{12}$ /л, Л- $10,0 \times 10^9$ /л; П-4%, С- 69%, Л-24%, М-3%, СОЗ- 4 мм/ч, В-липопротеиды - 87, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин -73 ммоль/л, мочевины - 10,2 ммоль/л, мочевины - 491 мкмоль/л. АЛТ -78 ед, АСТ - 50 ед, щелочная фосфатаза - 238 ед/л, альбумины- 56,49% α_1 - 5,35%, α_2 -10,45%, β -15,3%, γ -12,4%

Ан. мочи: реакция кислая, уд. вес- 1020, белок, сахар не определен, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроц. - отр.

ЭКГ - нормальное положение ЭОС, признаки небольших изменений миокарда желудочков.

УЗИ почек: форма крупно- и мелкофестончатая, левая почка деформирована, паренхима ее истончена до 10-12 мм, пирамидки не контурируются. Конкременты более 5 в каждой почке до 6 мм в диаметре, "мягкие".

Операция 16.12.99 под местной новокаиновой анестезией 0,5%-40 мл, удалены тофус и его депозиты в области пястнофалангового сустава III пальца правой кисти. Тофус размерами 5х4х2 см прорастал сухожилие разгибателя III пальца. Произведено вылущивание большей части депозитов мочевой кислоты из толщи волокон сухожилия. Также был удален тофус размерами 4х3х3 см над правым локтевым суставом, который также прорастал сухожилие 3-главой мышцы. Из волокон сухожилия также были вылущены депозиты мочевой кислоты.

Послеоперационное течение гладкое с заживлением ран первичным натяжением. Спустя 5 суток после операции уровень мочевой кислоты снизился до 411 мкмоль/л (до операции 491 мкмоль/л). Через 2,5 мес больной осмотрен. Состояние оперированной кисти в функциональном и косметическом отношении оценено как значительное улучшение: внешний вид кисти приближается к норме, не произошло рецидива тофуса в оперированной области. В отношении правого локтевого сустава функциональные и косметические результаты оказались также хорошими. В феврале 2000 г. больной оперирован по той же методике в области левого локтевого сустава. Удален гигантский тофус размерами 8х6х4 см, который также прорастал сухожилие 3-главой мышцы. Из волокон последней частично удалены депозиты мочевой кислоты. Удалены также три тофуса на правой стопе размерами 1х1х1 см, 2х1х1 см,

1х1х0,5 см, которые вызывали затруднения в подборе обуви, даже ортопедической, и причиняли значительные боли во время ходьбы. Заживление двух ран - первичным натяжением. Рана в области I пальца стопы частично зажила вторичным натяжением, т.к. после операции образовался длительно незаживающий свищ без признаков нагноения. Отдаленные результаты последних операций пока не известны.

Особенности хирургической техники. Операции, как правило, производились под новокаиновой инфильтрационной анестезией. У одного больного из-за непереносимости новокаина использован лидокаин. У 3 больных тофусы располагались в мягких тканях параартикулярно в виде овальных, очень плотных образований белого цвета либо кист, наполненных вязкообразной мочевой кислотой, напоминавшей по физическим свойствам зубную пасту. У этих больных тофусы не были связаны с сухожилиями или капсулами суставов и их удаление не представляло труда, тем более что они были окружены плотной, очень тонкой полупрозрачной соединительнотканной капсулой. У остальных 11 больных тофусы в значительной мере разрушали околосуставные ткани, прилежащие сухожилия да и саму костную часть суставов, поэтому радикальное удаление солевых депозитов из волокон сухожилий или элементов самого сустава было невозможным: удалялись значительные массы депозитов мочевой кислоты, но часть их все-таки оставалась между волокнами сухожилий. Величина тофусов колебалась от 16х8х8 см до 1см³ (в среднем была 3-5 см³). Разрушенные сухожилия реконструировали путем сшивания сегментов сухожильных волокон. Снятие швов производилось, как правило, на 10-12 сутки послеоперационного периода. Нагноений не было ни у одного больного, но из-за несколько замедленной регенеративной способности тканей в зоне операции у трех больных были отмечены небольшие краевые некрозы швов, которые зажили вторичным натяжением. Так как после удаления больших депозитов образуется значительная полость, заполняемая кровью, ее следует удалять путем аспирации шприцем с толстой иглой.

Непосредственные результаты оперативного лечения у всех больных расценены как хорошие. Больные могут ходить в обычной обуви. Удаление тофусов и реконструкция сухожилий способствует улучшению функции

костей: больные стали выполнять ручные виды труда более надежно, лучше пользоваться при письме ручкой или карандашом. Косметический эффект удовлетворил всех больных. Ни у одного больного оперативные вмешательства не привели к обострению подагрического диатеза. Все больные были оперированы на фоне антиподагрического медикаментозного лечения (аллопуринол, милурит).

Накопленный опыт позволил сформулировать следующие показания к оперативному лечению тофусной формы хронической подагры:

1. Образование свища в тофусе с постоянным отделением депозитных солевых масс.
2. Снижение функции кистей в результа-

те разрушающего воздействия подагрических тофусов на мягкие суставные или околосуставные ткани и сам сустав.

3. Затруднения в подборе обуви и ношении обычной обуви у лиц с тофусами в области стоп.

4. Косметический фактор - обезображивающий вид открытых частей тела, особенно кистей из-за гигантских тофусов.

Настоящее сообщение предварительное и следующим этапом наших исследований будет сбор отдаленных результатов, в том числе вопросы рецидивирования тофусов на месте удаленных и течение хронической подагры после извлечения большой массы солевых отложений.

Поступила 30.06.2000 г.

УДК: (616. 74-002)-07

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ - СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ.

А.П.Ребров, О.Л.Александрова.

Кафедра госпитальной терапии (зав. - проф. А.П. Ребров) лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета.

Полимйозит (ПМ) и дерматомиозит (ДМ) - гетерогенная группа хронических воспалительных заболеваний с преимущественным поражением скелетной мускулатуры, относящихся к системным заболеваниям соединительной ткани [3,4,5]. В настоящее время ПМ и ДМ, а также некоторые другие близкие им заболевания обозначаются как идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) [5]. В литературе достаточно подробно описаны все возможные варианты развития заболевания, особенности органических поражений при ИВМ [1,2,3,4]. Однако, несмотря на то, что острый и подострый варианты начала заболевания имеют очень своеобразные черты, диагностика этого заболевания нередко бывает поздней. Больные ИВМ обычно проходят стадию 3-4 ошибочных диагнозов, среди которых фигурируют заболевания ревматического профиля и близкие к ним заболевания с нервно-мышечными расстрой-

ствами, эндокринные болезни. По-видимому, это обусловлено целым рядом причин. Во-первых, в связи с относительной редкостью этих заболеваний (2-10 новых случаев в год на 1000000 жителей) [5], врачи не имеют достаточного навыка диагностики этой формы патологии. Во-вторых, даже при ярких клинических проявлениях заболевания врачи в своей диагностике ориентируются на органические поражения, не пытаясь или будучи не в состоянии оценить системность процесса.

В течение 2-х лет в клинике наблюдали 19 больных ИВМ. Среди обследованных больных было 11 женщин и 8 мужчин в возрасте от 16 до 65 лет с давностью заболевания от 1 года до 18 лет. Острое течение заболевания отмечено у 5 пациентов, подострое - у 7, хроническое - у 7. Среди 12 больных с острым и подострым течением заболевания у 8 пациентов был классический вариант развития заболевания, у 3 - наряду с миозитом наблюдалось тяжелое поражение сердца. У всех 19 больных имел место идиопатический дермато- или полимиозит, так как при тщательном исследовании не было

Адрес для переписки:

А.П.Ребров,
410031, г. Саратов, ул. Первомайская, д. 47/53, кв. 32,
(8542) - 514-960.