

УДК 616-002.78-091

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДАГРЫ

Н.Ф. Силяева, профессор, д.м.н.; Е.И. Селешук

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Приведено 4 наблюдения подагры, из которых 2 случая висцеро-суставной формы подагры, осложненной вторичным амилоидозом, завершились летальным исходом; в двух других случаях - суставная форма подагры была диагностирована только при патогистологическом исследовании операционного материала (удаленной предполагаемой опухоли).

Ключевые слова: подагра, вторичный амилоидоз.

4 cases of gout are described, of these 2 cases of viscerarticular type complicated by secondary amyloidosis ended fatally, in two other cases the articular type of gout was diagnosed only in pathohistologic investigation of the operative material-the removed probable tumor.

Key words: gout, secondary amyloidosis.

Подагра – общее заболевание организма, обусловленное расстройством пуринового обмена, сопровождающееся отложением мочекислых соединений в тканях, приводящим к развитию воспалительных, а также деструктивно-склеротических изменений различных органов и, прежде всего, суставов. Известная со времен Гипократа подагра и в настоящее время не является редкой патологией, её частота среди заболеваний населения составляет 0,1 % и имеет тенденцию к увеличению [1, 3]. Болеют подагрой преимущественно лица среднего и старшего возраста, причем мужчины страдают в 20 раз чаще женщин [3]. В то же время клиническая диагностика подагры остается несовершенной, часты еще ошибочные диагнозы. Между тем, своевременная диагностика и адекватная терапия данного заболевания могут привести к практическому выздоровлению [1, 2]. Летальные исходы подагры являются казуистикой, и каждый случай заслуживает тщательного изучения.

Материалом для исследования в 2 случаях явился операционный материал, поступивший для патоморфологического исследования в отделение общей патологии Областного патологоанатомического бюро, в 2 других случаях – протоколы патологоанатомических вскрытий, макро- и микропрепараты органов и тканей больных, причиной смерти которых явилась висцеро-суставная форма подагры. Для гистологического исследования использованы методики окраски парафиновых срезов гематоксилин-эозином, пикрофуксиновой смесью по ван Гизону и окраска конго-рот на амилоид. Приводим наши наблюдения.

Первое наблюдение касается мужчины 72 лет, который обратился с жалобами на опухоль, деформацию и «функциональную непригодность» 5-ого пальца левой кисти. Опухоль в области ногтевой фаланги была плотной и безболезненной. Больному была произведена экзартикуляция пальца на уровне основной фаланги, и операционный материал с клиническим диагнозом «опухоль (туберкулез?) мизинца» был доставлен в патологоанатомическое бюро. При гистологическом исследовании «опухоль» оказалась подагрическим тофусом – отложением мочекислых солей с перифокальной гигантоклеточной воспалительной реакцией (рис. 1).

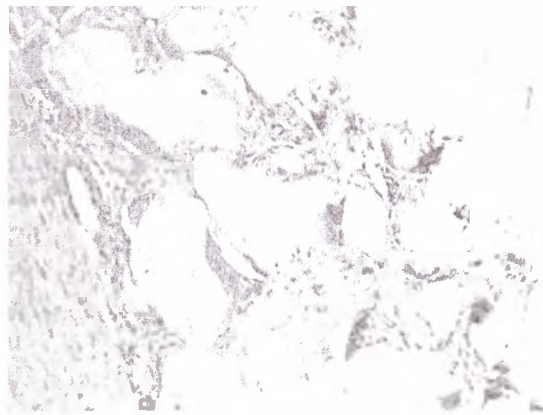


Рис. 1. Отложение мочекислых солей с перифокальной гигантоклеточной воспалительной реакцией. X 125.

Окр. гематоксилин-эозином

Второе наблюдение касается мужчины 67 лет, которому также была удалена опухоль 2-3-его пальцев кисти, клинически верифицированная как «нагноившаяся эпителиома». Заключение патологоа-

натома после гистологического исследования операционного материала – подагра.

Таким образом, в двух приведенных наблюдениях пациентам клинически ошибочно была диагностирована опухоль, и только при пагоморфологическом исследовании установлен диагноз подагры.

В двух последующих наблюдениях клинически была диагностирована висцеро-суставная форма подагры, завершившаяся летально, и оба случая представляют клинико-морфологический интерес в связи с развившимися редкими осложнениями. Приводим эти наблюдения.

Мужчина, 47 лет, болел подагрой более 20 лет, лечился нерегулярно, подагрой болны двое его близких родственников. В течение последних 9 лет наряду с деформацией и анкилозом суставов конечностей, множеством свищей на месте вскрывшихся тофусов, отмечалось нарушение функции почек, прогрессировала хроническая почечная недостаточность, явившаяся непосредственной причиной смерти. Клинический диагноз: Подагра, суставно-висцеральная форма, выраженная деформация с нарушением функции коленных, голеностопных суставов, суставов кистей и стоп, подагрическая почка. Хроническая почечная недостаточность, азотемия. Гипохромная анемия, уремический перикардит, стоматит и гастрит. Мочекаменная болезнь, вторичный пиелонефрит.

При пагологоанатомическом исследовании подтвержден диагноз висцеро-суставной формы подагры с поражением суставов конечностей и формированием множественных свищей на месте вскрывшихся тофусов (рис. 2). Также обнаружено поражение почек в виде отложения солей мочевиной кислоты в строме органа с перифокальным хроническим воспалением, мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, нефролитиаз, дистрофические процессы в канальцевой системе с обструкцией и атрофией канальцев (рис. 3). Наряду с отмеченными выше изменениями, характерными для “подагрической почки”, в клубочках, по ходу капиллярных петель, в стенках сосудов и в строме обнаружено отложение белковых масс, окрашивающихся конго-рот в красный цвет, т. е. масс аномального белка – амилоида (рис. 4). Диффузное отложение амилоида отмечено и в пульпе селезенки. Следовательно, длительное хроническое течение подагры обусловило развитие мезенхимального диспротеиноза –

вторичного амилоидоза с поражением почек и селезенки, который не был диагностирован в клинике.



Рис. 2. Подагрические шишки и в области межфаланговых суставов со свищами

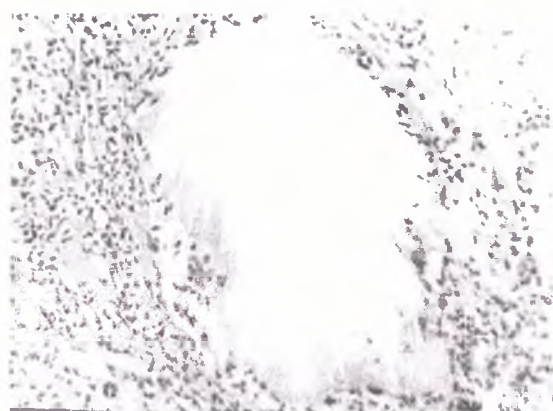


Рис. 3. Кристаллы мочекислых солей в строме мозгового слоя почки с перифокальным воспалением. X 125. Окр. Пикрофуксином по ван Гизону

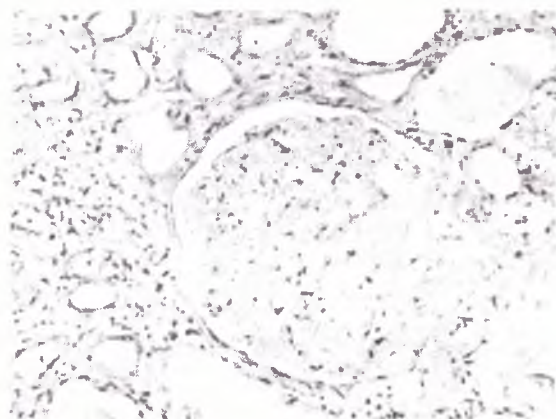


Рис. 4. Отложение амилоидных масс по ходу капиллярных петель клубочка. X 124. Окр. конго-рот

Мужчина, 69 лет, был болен подагрой 30 лет, более 25 лет принимал аллопуринол, в семье также имелись родственники, больные подагрой. Кроме того, больной страдал ишемической болезнью

сердца, перенес повторные инфаркты миокарда, многие годы отмечал повышение артериального давления, а последние 5 лет – нарушение функции почек. В области суставов конечностей имелись множественные подагрические тофусы, которые периодически вскрывались с образованием свищей. Последняя госпитализация была обусловлена нагноением вскрывшегося тофуса в области I плюснефалангового сустава левой стопы, по поводу чего было произведено вскрытие абсцесса и некрэктомия. Однако гнойно-некротический процесс прогрессировал, и развилась флегмона стопы. Больному по жизненным показаниям была произведена ампутация конечности на уровне верхней трети голени. Спустя 2 часа после операции больной умер от сердечно-сосудистой недостаточности и интоксикации, обусловленной хронической почечной недостаточностью и гнойно-некротическим процессом в области стопы. Клинический диагноз (комбинированное основное заболевание):

1. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, артерий нижних конечностей. ИБС: диффузный и очаговый кардиосклероз. Пароксизмальная мерцательная аритмия. Острый повторный инфаркт миокарда? Артериальная гипертензия III. Риск IV.

2. Подагра, подагрическая почка. ХГН III. Хронический подагрический полиартрит. Гнойно-некротическая флегмона левой стопы. Состояние после ампутации левой конечности на уровне верхней трети голени. ТЭЛА? Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

При патологоанатомическом исследовании умершего и операционного материала (ампутированной конечности) был подтвержден диагноз подагры с поражением суставов конечностей в виде отложения солей мочевой кислоты в синовиальных оболочках, сухожилиях, подкожной клетчатке с

перифокальным хроническим воспалением, осложненной вскрытием тофуса и инфицированием мягких тканей стопы с развитием гнойно-некротической флегмоны. Изменения в почках характеризовались отложением в интерстиции и почечных канальцах мочекислых солей, хроническим пиелонефритом с исходом в нефросклероз. Как и в предыдущем случае, в почках и селезенке, наряду с изменениями, характерными для подагры, выявлен вторичный амилоидоз, не диагностированный в клинике. Кроме того, на вскрытии обнаружен резко выраженный атеросклероз аорты и артерий сердца, диффузный мелко- и крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз с формированием хронической аневризмы сердца.

Подытоживая наблюдения летальных исходов клинически диагностированной висцеро-суставной формы подагры, сопровождавшейся хроническим воспалением в костно-суставной системе и почках, следует отметить редкое осложнение – вторичный амилоидоз с поражением почек и селезенки, что способствовало прогрессированию почечной недостаточности. Кроме того, редким осложнением, отмеченным во втором летальном наблюдении, является инфицирование вскрывшегося тофуса с развитием абсцесса, а затем и флегмоны стопы, поскольку известно, что ураты обладают бактерицидным действием [1]. Заслуживает внимания наличие в обоих случаях у умерших близких родственников, больных подагрой, что подтверждает наследственный характер заболевания и позволяет трактовать его как первичную подагру.

Литература

1. Окорочков А.Н. Подагра // Диагностика болезней внутренних органов Т.2. – 2003. – С. 197 – 202.
2. Пихлак Э.Г. Подагра. – М.: Медицина – 1970. – 311 с.
3. Попова Ю. Подагра: этиология, клиника, лечебное питание // Врач. – 1997. № 7. – С. 10 – 12