



ФОТОЗАДАЧА

© С.С. КРЯЖЕВА, М.А. ГОРДЕЕВА, 2012

Множественные узлы плотной консистенции в области локтевых и коленных суставов

С.С. Кряжева, М.А. Гордеева

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А.Молочков) ФППОВ ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Больной Н., 70 лет, болен около 4 лет, когда впервые отметил появление узлов в области локтевых и коленных суставов, которые имели вначале мягкую, а затем плотноватую консистенцию. Субъективных ощущений нет (**рис. 1**). Результаты рентгенологического исследования колennого сустава представлены на **рис. 2**. При гистологическом исследовании выявлена картина, представленная на **рис. 3**.



Рис. 1



Рис. 2

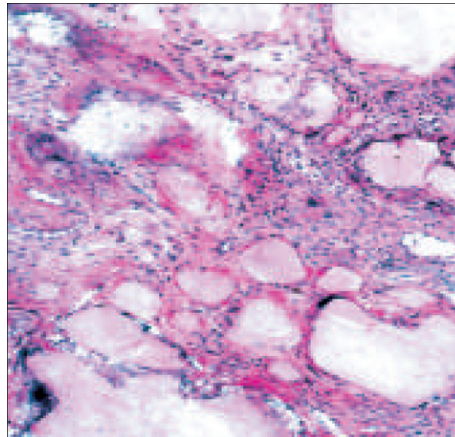


Рис. 3

Сведения об авторах:

Кряжева С.С. — канд. мед. наук, проф. (тел. (495)681-43-63); *Гордеева М.А.* — клин. ординатор.

Диагноз: подагрические узлы.

Рентгенологическая картина: отложения кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости коленных суставов с деструкцией тканей и развитием артрита (см. рис. 2).

Гистологическая картина: обширные бесструктурные очаги биурата натрия, окруженные зоной продуктивного фиброзирующего воспаления с наличием многоядерных гигантских клеток инородных тел (см. рис. 3).

Общие сведения. Подагра — хроническое заболевание, обусловленное нарушением обмена пуринов и характеризующееся отложением солей мочевой кислоты в тканях с развитием в них воспалительных, а затем деструктивно-склеротических изменений. Кожным проявлением болезни является подагрический узел (тофус) [3].

Подагра является мультифакториальным заболеванием, которое развивается на фоне наследственной предрасположенности и при условии нарушения режима питания (алкоголь, чрезмерное употребление в пищу мяса, рыбы, бобовых и др.).

Повышение содержания мочевой кислоты (гиперурикемия) возникает в результате повышенного распада пуриновых оснований или снижения экскреции мочевой кислоты почками [3].

В патогенезе подагры различают три фазы: гиперурикемии, отложения уратов в тканях, остро го подагрического воспаления. Следствием гиперурикемии является накопление кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости с последующим проникновением их в хрящ и синовиальную оболочку, что может привести к деструкции костной ткани. Кроме того, кристаллы моноурата натрия откладываются в сухожилиях, склерах, интерстициальной ткани почек, сосудах. При преципитации кристаллов уратов развиваются острые подагрические артриты, и образуются узлы (подагрические тофусы).

Подагру диагностируют почти исключительно у мужчин среднего возраста. Она характеризуется артритом, у 15—20% — мочекаменной болезнью или интерстициальным нефритом и поражением кожи в виде подагрических узлов. Узлы локализуются в подкожной жировой клетчатке в области коленных и локтевых суставов, ушных раковин. Иногда тофусы имеют необычную локализацию — в сердце, гортани, склерах, молочных железах, мошонке. Сначала они мягкой, а затем плотной, каменной консистенции; могут быть единичными и множественными,

изолированными или слившимися в группы. Цвет кожи не изменен либо розовато-синюшный. Узлы могут существовать неопределенно долго, не вызывая никаких субъективных ощущений, самопроизвольно рассасываются или вскрываются вследствие истончения кожи над ними с выделением густой массы [1, 3, 4].

Патогистология. Узлы подагры представлены в виде отложений игольчатых кристаллов биурата натрия, формирующих компактные структуры ("снопы"). Вокруг узлов отмечают продуктивное хроническое воспаление с гигантскими клетками инородных тел [3].

Дифференциальный диагноз проводят с липомой, спонтанным панникулитом, псевдоподагрой.

Диагноз ставят на основании клинических проявлений на коже, а также наличия других признаков подагры. Важное диагностическое значение имеет повышенное содержание мочевой кислоты в крови.

Лечение заключается в соблюдении диеты с исключением алкоголя, ограничением употребления мяса, рыбы, икры, бобовых, цветной капусты и др.; необходимо постоянное применение аллопуринола или милурита для нормализации концентрации мочевой кислоты в крови, нестероидных противовоспалительных средств в максимальных суточных дозах. При отсутствии подагрического поражения почек применяют урикозурические средства (антуран, этамид), которые способствуют выведению уратов. При лечении всеми противодагрическими средствами необходимо увеличить объем выпиваемой жидкости (особенно в первые дни назначения) до таких доз, чтобы суточный диурез был не менее 2 л в день [1—3].

ЛИТЕРАТУРА

1. [Внутренние болезни: Учебник / Под ред. Н.А. Мухина и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. — Т. 2. — С. 356—361.]
2. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. — М.: Медицина; 2007.
3. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи: Атлас. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др. — М.: Медицина; 2004.
4. *Уайт Г.* Атлас по дерматологии. Пер. с англ. Н.Г. Кочергина / Под ред. О.Л. Иванова, Н.Г. Кочергина. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.

Поступила 23.10.11