

© И.В.Титаренко, 2009
УДК 616.757.7-007.681-089:615.036

И.В.Титаренко

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Санкт-Петербургский городской центр амбулаторной хирургии кисти (руков. — проф. И.В.Титаренко)

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, апоневрэктомия.

Введение. Контрактура Дюпюитрена — прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, которое приводит к сгибательной контрактуре пальцев и снижению функции кисти. Этиология и патогенез заболевания до сих пор неизвестны. В связи с этим подавляющее большинство авторов считают хирургическое лечение единственным методом устранения болезни Дюпюитрена [1, 3, 5]. Поиск оптимальных методов иссечения ладонного апоневроза не прекращается до настоящего времени. Наряду с предложениями иссекать только часть ладонного апоневроза [2, 7, 8], рядом авторов отдается предпочтение субтотальной его резекции [4, 6].

Материал и методы. Данное сообщение базируется на результатах оперативного лечения 277 пациентов с обсуждаемой патологией, находившихся на лечении в Городском центре амбулаторной хирургии кисти в период с 1997 по 2006 г. Как следует из наших наблюдений $3/4$ обратившихся за медицинской помощью и подвергнутых хирургическому лечению — мужчины, преимущественно (62,7%) в возрасте 40–69 лет (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что они достоверно преобладали в возрастных группах 40–49 лет ($t=5,32$; $p<0,001$), 50–59 лет ($t=3,13$; $p<0,001$) и 60–69 лет ($t=4,37$; $p<0,001$). Согласно

нашему опыту, доля больных молодого возраста (до 40 лет) и старше 70 лет невелика — 4,9 и 10,4% соответственно.

Поражение правой кисти имело место в 1,6 раз чаще, чем левой (табл. 2).

Как следует из таблицы, при правостороннем и левостороннем процессах поражение отдельных пальцев и их сочетаний констатировали с одинаковой частотой. В обоих случаях у большинства больных отмечается поражение IV и V пальцев. Раздельно и сочетанно на правой кисти: в 39,7 и 9,4% случаев, на левой кисти — у 26,1 и 4,3% больных соответственно. Одновременно вовлечение в процесс более двух пальцев в общей совокупности больных наблюдалось только в 3% случаев.

Обращает на себя внимание, что у 79% из общего числа больных при обращении в центр констатирована III степень заболевания по классификации Е.В.Усольцевой [9], I и II степень заболевания регистрировалась при обращении за медицинской помощью только у 11 и 10% больных соответственно. Тяжесть поражения коррелировала со сроками с момента возникновения заболевания: у 40,4% — продолжительность заболевания варьировала от 7 до 12 лет, у 20,3, 22,8 и 16,5% — в сроки от 5 до 7 и от 3 до 5 лет и менее соответственно. При этом из числа последних лишь 5 человек (18% от общего числа) обратились за медицинской помощью в течение 1-го года после появления признаков заболевания, 23 (8,3%) больных и 18 (6,4%) в сроки 1–2 года и 2–3 года соответственно.

В 157 (56,7%) случаях производилась субтотальная, в 120 (43,4%) — частичная апоневрэктомия. Критериями для выполнения одной из предложенных методик были возраст, наличие сопутствующей патологии, локальные изменения. Показанием к частичной апоневрэктомии служил возраст больных старше 60 лет, отягощенных заболеваниями сер-

Таблица 1

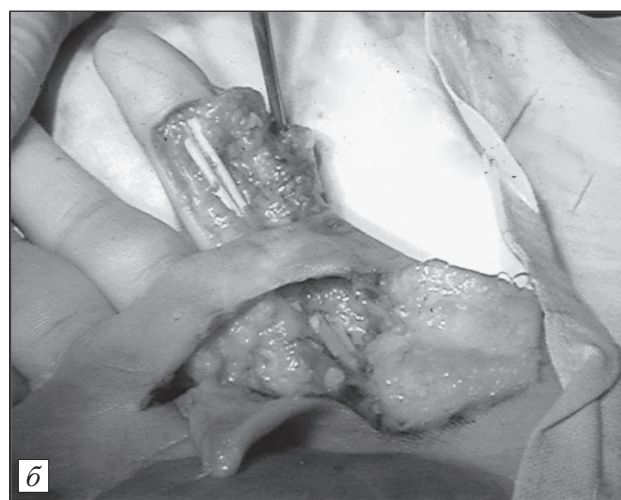
Возрастно-половая характеристика больных

Возраст, лет	Пол				Итого	
	Женщины		Мужчины			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
20–29	2	0,8	–	–	2	0,8
30–39	4	1,5	7	2,6	11	4,1
40–49	5	1,8	51	18,4	56	20,2
50–59	25	9	64	23,1	89	32,1
60–69	24	8,6	66	23,8	90	32,4
Старше 70	8	2,8	21	7,6	29	10,4
Всего	68	24,5	209	75,5	277	100

Таблица 2

Локализация патологического процесса

Пальцы	Правая кисть		Левая кисть		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
I	22	7,9	11	3,9	33	11,8
II	—	—	1	0,4	1	0,4
III	8	2,8	6	2,2	14	5
IV	56	20,2	29	10,5	85	30,7
V	54	19,5	44	15,9	98	35,4
IV, V	26	9,4	12	4,3	38	13,7
III, IV, V	3	1,1	3	1,1	6	2,2
II, III, IV, V	1	0,4	1	0,4	2	0,8
Всего	170	61,3	107	38,7	277	100



Хирургический доступ при контрактуре Дюпюитрена.

а — для удаления ладонного апоневроза; б — для удаления тяжей на пальце; в — вид кисти после операции.

и вертикальных волокон ладонного апоневроза осуществлялось из S-образного разреза, идущего от основания ладони через поперечную дистальную складку ладони (рисунок, а). Тяжи на пальце иссекались из дугообразных разрезов по лучевой поверхности пораженного сегмента (рисунок, б). На послеоперационные раны у основания ладони и боковой поверхности пальца накладывались адаптирующие швы, поперечные раны ладони и пальца оставались открытыми (рисунок, в).

Результаты и обсуждение. Характеристика осложнений и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с контрактурой Дюпюитрена прослежены у 197 (71,2%) пациентов в сроки до 9 лет (табл. 3, 4).

Согласно представленным в табл. 3 данным, общая частота послеоперационных осложнений составила 23,3%, 65,2% из них составили повреждения сосудов и 34,8% — нервов. Обращает на себя внимание, что оба эти осложнения достоверно чаще имели место при частичной

дечно-сосудистой и эндокринных систем, с выраженными местными изменениями: омозолелостью и втяжением кожных складок ладонной поверхности кисти. Остальным пациентам выполнялось субтотальное иссечение ладонного апоневроза. При выполнении частичной апоневрэктомии использовался поперечный разрез в области поперечной дистальной складки ладони. При субтотальной резекции ладонного апоневроза применялась предложенная нами модификация хирургического доступа, объединяющего в себе достоинства волнообразных и поперечных разрезов. Иссечение продольных, поперечных

Таблица 3

Структура осложнений после оперативного лечения больных с контрактурой Дюпюитрена

Методика апоневрэктомии	Число больных	Виды повреждений						Всего	
		сосуды		нервы		сухожилия			
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Частичная	82	23	28,1	12	14,6	2	2,4	35	42,7
Субтотальная	115	7	6,1	4	3,5	–	–	11	9,6

Таблица 4

Результаты лечения больных с контрактурой Дюпюитрена

Методика апоневрэктомии	Число больных	Результаты лечения					
		Хороший		Удовлетворительный		Рецидив	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Частичная	82	43	52,4	24	29,3	15	18,3
Субтотальная	115	92	80	17	14,8	6	5,2

апоневрэктомии по сравнению с субтотальной ($t=2,99$; $p<0,01$ и $t=2,6$; $p=0,01$ соответственно). Такую разницу в частоте послеоперационных осложнений можно объяснить ограниченностью обзора операционного поля в случаях частичной апоневрэктомии и как следствие снижением возможности и эффективности визуального контроля над анатомическими структурами при иссечении ладонного апоневроза.

Интегральная клиническая эффективность лечения оценивалась как «хорошая», «удовлетворительная» и «рецидив» (см. табл. 4). При «хорошем» результате через год после проведения оперативного вмешательства регистрировалось восстановление ранее утраченных схваток кисти, «удовлетворительном» — неполное устранение ретракции пальцев при восстановлении функции кисти, «рецидиве» — возобновление патологического процесса.

Как следует из полученных результатов, «хорошие» результаты значимо чаще (в 1,53 раза) регистрировались в случаях выполнения субтотальной апоневрэктомии ($t=4,14$; $p<0,001$), при которой в 3,52 раза реже возникали рецидивы заболевания ($t=2,76$; $p<0,01$).

Выводы. 1. Санкт-Петербургскую популяцию больных с контрактурой Дюпюитрена характеризует поздняя обращаемость за медицинской помощью, что снижает возможность проведения радикального лечения.

2. Субтотальная апоневрэктомия в предложенной модификации способствует снижению числа осложнений и развития рецидива заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Апанасенко Б.Г., Титаренко И.В., Рассол Е.Е. Реконструктивно-восстановительные операции на кисти в условиях поликлиники // Вестн. хир.—1995.—№ 4–6.—С. 108–110.
2. Бадиков А.Д., Целищев А.И., Питенин Ю.И. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь» // Амб. хир.—2004.—№ 1–2.—С. 40–41.
3. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.—СПб.: Гиппократ, 1998.—743 с.
4. Губочкин Н.Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиции микрохирургии // Амб. хир.—2002.—№ 3.—С. 14–17.
5. Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти.—СПб.: Интерлайн, 2000.—111 с.
6. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена (вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения).—Казань, 2001.—176 с.
7. Рассол Е.Е., Усольцева Е.В. Опыт оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена // Вестн. хир.—1986.—№ 2.—С. 98–102.
8. Сиваконь С.В. Влияние хирургического доступа и объема иссечения ладонного апоневроза на продолжительность и результаты лечения контрактуры Дюпюитрена // Вестн. травматол. и ортопед.—2004.—№ 1.—С. 92–95.
9. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти.—Л.: Медицина, 1978.—336 с.

Поступила в редакцию 20.03.2008 г.

I.V.Titarenko

TEN-YEAR EXPERIENCE WITH OPERATIVE TREATMENT OF DUPUYTREN'S CONTRACTURE

The article presents an experience with operative treatment of 277 patients with Dupuytren's contracture treated at the city Center of ambulatory surgery of the hand from 1997 through 2006. The results of operative treatment of the pathology in question by different methods are analyzed. A modification of subtotal aponeurectomy is proposed.