

© И.В.Титаренко, 2006
УДК 616.757.7-007.681-089

И.В.Титаренко

ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Санкт-Петербургский Городской центр амбулаторной хирургии кисти (руков. — доц. И.В.Титаренко)

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, апоневрэктомии.

Впервые обсуждаемая деформация кисти была описана G.Platter (1614), как вывих сухожилий сгибателей пальцев. В 1832 г. B.G.Dupuytren описал клиническую картину сгибательной контрактуры пальцев, считая ее причиной рубцовое перерождение ладонного апоневроза.

Несмотря на большое число работ, посвященных контрактуре Дюпюитрена, до настоящего времени нет единой тактики в лечении этого тяжелого заболевания. Между тем число пациентов с контрактурой Дюпюитрена велико. Как указывает R.M.McFarlane [44], с момента создания комитета болезни Дюпюитрена, образованного в рамках Международной федерации в 1980 г., проблема контрактуры Дюпюитрена заявила о себе как всемирная. По данным Российского НИИ травматологии и ортопедии им.Р.Р.Вредена [26], из общего числа зарегистрированных заболеваний кисти на контрактуру Дюпюитрена приходится 11,8%.

В настоящее время консервативное лечение пациентов с контрактурой Дюпюитрена проводят курсами два раза в год. В его схему включают как индивидуальное назначение медикаментозных средств (препараты, воздействующие на нормализацию механизмов, которые регулируют сосудистый тонус, реологические свойства крови, гормональный статус), так и местное лечение, направленное на размягчение рубцово-измененного апоневроза и предупреждения генерализации патологического процесса. Для реализации последнего одни авторы рекомендуют при начальной стадии контрактуры Дюпюитрена (I степень по Л.Н.Брянцевой [6]) введение в основание ладони различных медикаментозных препаратов: депомедрона [45], 5-флуороуроцила [37], триамцинолона ацетонида [40], коллагеназы [30]; другие авторы — использование радиотерапии [28, 47]. При II–III степени — консервативное лечение направлено на подготовку мягких тканей [24] и межфаланговых сочленений [32] кисти к операции.

Большинство авторов отдают предпочтение оперативному методу лечения, отмечая при этом, что оперативное лечение тем более эффективно, чем раньше с момента заболевания оно начато [4, 6, 7].

Актуальность проблемы хирургического лечения обсуждаемой патологии подтверждается и многообразием предлагаемых способов устранения контрактуры. Поиск в этом направлении не прекращается до сих пор. Так, В.А.Чернавский и Ш.М.Хамраев [25] еще в 1969 г. предлагали иссекать только патологические участки ладонного апоневроза с отходящими от него плотными тяжами и подапоневротическими образованиями. Позднее наибольшее распространение получили способы, заключающиеся в апоневротомии и иссечении измененного ладонного апоневроза. Т.Dabrowsky [33] предложил иссекать проксимальную часть ладонного апоневроза. С.В.Сиваконь [20] предлагает иссекать только

дистальную часть ладонного апоневроза. Другие авторы считают наиболее эффективной субтотальную резекцию ладонного апоневроза [1, 6, 8, 18, 21].

K.Langenberg [42], проследив отдаленные результаты у 35 больных, отметил, что после частичного иссечения апоневроза рецидив заболевания имел место у 33% из них и лишь у 5% — после полного его иссечения.

T.Roush, P.Stern [46] анализировали отдаленные результаты различных методов оперативного лечения 19 пациентов на 28 пальцах с болезнью Дюпюитрена. Для этого все пациенты были разделены на три группы: 1-ю группу составили 7 наблюдений с частичной фасциозектомией и артродезом межфаланговых суставов; 2-ю группу — 8 пациентов с дерматофасциозектомией с дерматопластикой и 3-ю группу — 13 наблюдений с фасциозектомией и открытым ведением послеоперационных ран. Полученные данные исследования свидетельствуют о том, что из трех рассматриваемых методов оперативного лечения только применение фасциозектомии с открытым ведением послеоперационных ран обеспечивает положительные результаты в раннем послеоперационном периоде и предотвращает развитие рецидива заболевания. J.Armstrong и соавт. [29], изучив результаты лечения 103 пациентов с распространенной формой контрактуры Дюпюитрена, отмечают, что при выполнении фасциозектомии у 66% из них регистрируется рецидив заболевания, и только дерматофасциозектомия является радикальным методом лечения.

В.И.Шапошников [27] предложил методику фиброфасциотомии, при которой пересечение рубцовых тяжей каждого пальца производилось в поперечном направлении через 3–8 проколов кожи, начиная от проксимального отдела и заканчивая сегментом в области основания средней фаланги пальца, чем достигалось полное разгибание пальца непосредственно на операционном столе. При оценке отдаленных результатов лечения 42 пациентов с различными степенями контрактуры Дюпюитрена автор констатирует хорошие результаты и отсутствие рецидива заболевания. Е.Е.Рассол и Е.В.Усольцева [19] предложили пользоваться частичной апоневрэктомией с иссечением зон повышенной афферентной иннервации апоневроза с последующим открытым ведением послеоперационных ран. При использовании данной методики хорошие результаты, т. е. сохранение функции кисти, отсутствие ретракции пальцев, были констатированы ими в 61,5% наблюдений, удовлетворительные (улучшение функции при неполном устранении контрактуры) — в 19,7% и прогрессирование процесса — в 18,8%. Применив данную методику у 68 больных с контрактурой Дюпюитрена, Т.М.Иванцова и соавт. [11] отметили ее наибольшую эффективность при тяжелых степенях и рецидивах заболевания, подчеркивая, что обсуждаемая методика обеспечивает хорошее качество послеоперационных рубцов и полное отсутствие гнойно-воспалительных осложнений со стороны открытых послеоперационных ран. Для устранения контрактуры Дюпюитрена при локальном изменении

ладонного апоневроза у пациентов пожилого возраста J.Glibbon, A.Logan [36] рекомендуют сегментарную апоневрэктомии, G.Foucher и соавт. [35] — чрескожную апоневротомию с помощью специальной иглы.

Изучение отечественных и зарубежных источников позволило прийти к выводу, что в них практически отсутствует сопоставление результатов оперативных вмешательств с использованием различных хирургических подходов, выполняемых одним и тем же специалистом. Как правило, выводы о достоинствах способов хирургического лечения делаются на основе теоретических предпосылок и конечных результатов — хороший эффект операции, удовлетворительный или его отсутствие. При этом подходе из анализа выпадает такой немаловажный фактор, как профессиональное мастерство (опыт и квалификация оперирующего хирурга). При этом не выполняются требования по рандомизации, формированию групп сравнения.

Как нет единой тактики среди хирургов по методике иссечения ладонного апоневроза, так нет и единого мнения о предпочтительности того или иного кожного разреза, который позволил бы осуществить наиболее радикальное и малотравматичное иссечение ладонного апоневроза. С учетом различных представлений, предлагаются и разнообразные хирургические способы: от лечения методом «открытая ладонь и пальцы» [3, 4] до максимального закрытия кожных дефектов на ладони и ладонной поверхности пальцев путем применения одного из видов кожной пластики [9]. A.Kanavel и соавт. [39] и S.Bunnell [31] считали, что поперечные разрезы на ладони не обеспечивают достаточного доступа к апоневрозу. Против выкраивания остроконечных лоскутов из-за высокого риска развития некроза кожи высказывался Т.Kocher [41]. На опасность сращения кожи с подлежащими тканями после крестообразного рассечения кожи указывал E.Lexer [43].

В настоящее время наиболее рациональными доступами, по мнению одних авторов, считаются дугообразные разрезы на ладони и продольные разрезы на пальцах с выкраиванием встречных лоскутов [8], по мнению других — угловые разрезы на ладонной поверхности, переходящие от локтевого края кисти в ее дистальный отдел в поперечном направлении и соединяющиеся с разрезами на пальцах, которые производятся с выкраиванием треугольных лоскутов для закрытия ран местной кожной пластикой по Лимбергу [17].

До сих пор нет единого мнения и об условиях выполнения операции при контрактуре Дюпюитрена. Одни авторы [12, 19, 22, 27, 34] сообщают о положительных результатах и экономической эффективности оперативного лечения в амбулаторных условиях. Так, О.Г.Казинникова и соавт. [12], на основании результатов оперативного лечения в амбулаторных условиях 61 больного с использованием метода «открытая ладонь и пальцы», сообщают о его высокой клинической результативности, отметив при этом экономическую эффективность хирургического лечения таких больных в амбулаторных условиях по сравнению со стационаром. В то же время, по представлению других авторов, обсуждаемая операция относится к числу технически сложных, трудоемких, требует большого опыта и глубоких знаний топографической анатомии кисти, в связи с чем должна производиться лишь в специализированных отделениях кисти стационаров [5, 8, 10, 18, 23, 38].

Результаты хирургического лечения больных с контрактурой Дюпюитрена в немалой степени зависят от объема восстановительной терапии [2, 16, 21].

Большинство авторов [14, 15, 19] акцентируют внимание на том, что внедрение диспансеризации пациентов с обсуждаемой патологией позволяет контролировать течение (прогрессирование) заболевания, своевременно проводить оперативное лечение и улучшить функциональные результаты.

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. Асфура И.И. Комплексное лечение болезни Дюпюитрена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Минск, 1986.—16 с.
3. Ашкенази А.И., Аренберг А.А., Королев А.П. Оперативное лечение болезни Дюпюитрена методом «открытая ладонь и пальцы» // Хирургия.—1978.—№ 12.—С. 22–27.
4. Бадиков А.Д., Целищев А.И., Питенин Ю.И. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь» // Амбулаторная хир.—2004.—№ 1–2.—С. 40–41.
5. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.—СПб.: Гиппократ, 1998.—743 с.
6. Брянцева Л.Н. Контрактура Дюпюитрена.—Л.: Медицина, 1963.—99 с.
7. Волкова А.М. К вопросу раннего выявления и оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена // Организация помощи и лечение в ортопедии и травматологии.—Казань, 1965.—С. 88–91.
8. Волкова А.М. Хирургия кисти.—Екатеринбург: ИПТ Уральский рабочий, 1993.—Т. 2.—263 с.
9. Губочкин Н.Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиции микрохирургии // Амбулаторная хир.—2002.—№ 3.—С. 14–17.
10. Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти.—СПб.: Интерлайн, 2000.—111 с.
11. Иванцова Т.М., Мирошниченко Г.А. Патология кисти: диагностика, лечение и реабилитация // Сб. науч. тр. РосНИИТО.—СПб., 1994.—С. 62–67.
12. Казинникова О.Г. Клинический и экономический эффект амбулаторного лечения больных с патологией кисти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Иркутск, 1990.—23 с.
13. Казинникова О.Г., Владимирцев О.В., Варенцов Ю.А., Швеиц Г.А. Амбулаторное хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена // Хирургия.—1989.—№ 8.—С. 42–44.
14. Кузнецова Н.Л. Комплексное лечение женщин с дистрофическими мягкоткаными заболеваниями кисти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Пермь, 1995.—35 с.
15. Кузнецова Н.Л., Волкова А.М. Прогнозирование течения контрактуры Дюпюитрена // Ортопед. травматол.—1989.—№ 8.—С. 73–75.
16. Львов С.Н. Реабилитация больных с повреждениями кисти: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Н. Новгород, 1993.—33 с.
17. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее оперативное лечение // Вестн. хир.—1988.—№ 8.—С. 49–54.
18. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена (вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения).—Казань, 2001.—176 с.
19. Рассол Е.Е., Усольцева Е.В. Опыт оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена // Вестн. хир.—1986.—№ 2.—С. 98–102.
20. 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.
21. Титаренко И.В. Комплексное лечение больных с контрактурой Дюпюитрена в амбулаторных условиях // Сб. науч. тр. ВМедА.—СПб., 1995.—С. 268–269.
22. Титаренко И.В. Восстановление функции кисти при ее заболеваниях и повреждениях в условиях поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 1998.—17 с.

23. Трапезников А.В., Губочкин Н.Г., Чепурная Е.Н., Крючков А.А. Лечение больных с контрактурой Дюпюитрена // Материалы II совместной Республиканской и Всесоюзной конф. — СПб., 1999. — С. 203–204.
24. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. — Л.: Медицина, 1978. — 336 с.
25. Чернавский В.А., Хамраев Ш.М. Контрактура Дюпюитрена и ее оперативное лечение. — Ташкент: Медицина, 1969. — 159 с.
26. Шапиро К.И. Медико-социальные аспекты травм и заболеваний кисти у взрослых в Санкт-Петербурге // Амбулаторная хир. — 2002. — № 3. — С. 3–4.
27. Шапошников В.И. Фиброфасциотомия при контрактуре Дюпюитрена // Хирургия. — 2000. — № 9. — С. 42–43.
28. Adamietis B., Keilholz L., Grunert J., Sauer R. Radiotherapy of early stage Dupuytren disease. Long-term results after a median follow-up period of 10 years // Strahlenther. Onkol. — 2001. — Vol. 177, № 11. — P. 604–610.
29. Armstrong J., Hurren J., Logan A. Dermofasciectomy in the management of Dupuytren's disease // J. Bone Joint Surg. Br. — 2000. — Vol. 82, № 1. — P. 90–94.
30. Badalamente M., Hurst L., Hentz V. Collagen as a clinical target: nonoperative treatment of Dupuytren's disease // J. Hand Surg. — 2002. — Vol. 27, № 5. — P. 788–798.
31. Bunel S. Surgery of the hand. — Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994. — 1000 p.
32. Citron N., Messina J. The use of skeletal traction in the treatment of severe primary Dupuytren's disease // J. Bone Joint Surg. Br. — 1998. — Vol. 80, № 1. — P. 126–129.
33. Dabrowsky T. Treatment of Dupuytren contracture by excision of base palmar aponeurosis // Acta Med. Polona. — 1967. — № 4. — P. 489–504.
34. Ebskov L., Boeckstyns M., Haugegaard M. Day care surgery for advanced Dupuytren's contracture // J. Hand Surg. — 1997. — Vol. 22. — P. 191–192.
35. Foucher G., Medina J., Navarro R. Percutaneous needle aponeurotomy. Complications and results // Chir. Main. — 2001. — Vol. 20, № 3. — P. 206–211.
36. Glibbon J., Logan A. Palmar segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease with metacarpophalangeal flexion contracture // J. Hand Surg. — 2001. — Vol. 26, № 26. — P. 360–361.
37. Jemec B., Linge C., Grobbelaar A. The effect of 5-fluorouracil on Dupuytren fibroblast proliferation and differentiation // Chir. Main. — 2000. — Vol. 19, № 1. — P. 15–22.
38. Jones N., Huang J. Emergency microsurgical revascularization for critical ischemia during surgery for Dupuytren's contracture: a case report // J. Hand Surg. — 2002. — Vol. 27, № 6. — P. 1109–1110.
39. Kanavel A., Koch S., Mason M. Dupuytren contraction // Surg. Gynecol. Obstet. — 1929. — Vol. 48, № 1–2. — P. 145–148.
40. Ketchum L., Donahue T. The injection of nodules of Dupuytren's disease with triamcinolone acetonide // J. Hand Surg. — 2001. — Vol. 26, № 3. — P. 560–561.
41. Kocher T. Behandlung der retraktion der palmaraponeurose // Zbl. Chir. — 1987. — Bd. 26. — S. 481–483.
42. Langenberg K. Dupuytren-Kontraktur — partecle — Palmarokeurectomie norba vertecbar? // Zbl. Chir. — 1987. — Bd. 112. — S. 763–773.
43. Lexer E. Die Gesame Wiederherstellung Chirurgie. — Leipzig, 1931. — H. 11. — S. 837–844.
44. McFarlane R.M. The current status of Dupuytren's disease // J. Hand Surg. — 1983. — Vol. 8. — P. 703–708.
45. Meek R., McLellan S., Grossan J. A model for the mechanism of fibrosis and its modulation by steroids // J. Bone Joint Surg. Br. — 1999. — Vol. 81, № 4. — P. 732–738.
46. Roush T., Stern P. Results following surgery for recurrent Dupuytren's disease // J. Hand Surg. — 2001. — Vol. 25, № 2. — P. 291–296.
47. Seegenschmiedt M., Olschewski T., Guntrum F. Radiotherapy optimization in early-stage Dupuytren's contracture: first results of a randomized clinical study // J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 2001. — Vol. 49, № 3. — P. 785–798.

Поступила в редакцию 27.09.2005 г.