

**Г.И. МИКУСЕВ, И.Е. МИКУСЕВ, И.Ж. ОСМОНАЛИЕВ, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН**

УДК 617.576-006.372-089

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Новые техники оперативного лечения фасциального фиброматоза кисти

Микусев Глеб Иванович

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник

420064, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138 Б, тел. (843) 261-47-71, e-mail: g.mikusew@mail.ru

В работе описываются новые способы лечения, применяемые при хирургическом лечении больных с фасциальным фиброматозом кисти (по МКБ – 10, m 720 контрактура (болезнь) Дюпюитрена): способ лечения тяжелой формы контрактуры Дюпюитрена пальцев кисти и способ лечения сгибательно-разгибательной контрактуры пальцев кисти, которые позволяют существенно повысить качество оказываемых хирургических пособий, улучшить клинические исходы с более полноценным восстановлением функции конечности.

Ключевые слова: фасциальный фиброматоз кисти, хирургическое лечение.

G.I. MIKUSEV, I.E. MIKUSEV, I.Z. OSMONALIYEV, R.F. KHABIBULLIN

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan

The new techniques of surgical treatment of palmar fascial fibromatosis

The new methods of treatment used in surgical treatment of patients with Palmar fascial fibromatosis are described: (ICD-10, m 720 Dupuytren's contracture (disease),) the treatment of severe Dupuytren's contracture of fingers, and the treatment of flexion — extension contractures of fingers, which allow significantly improve the quality of surgical benefits, to improve clinical outcomes with more complete restoration of limb function.

Keywords: palmar fascial fibromatosis, surgical treatment.

Несмотря на достижения современной травматологии и ортопедии и большой опыт лечения больных с фасциальным фиброматозом кисти (по МКБ – 10, m 720 контрактура (болезнь) Дюпюитрена (КД)) проблема лечения этих больных сохраняет свою актуальность. Ее значение определяется, в первую очередь, значительным удельным весом данной патологии, составляющей около 3% среди населения разных стран и 11,8% среди всех зарегистрированных заболеваний кисти [4, 8].

Операции на кисти требуют глубоких знаний анатомии и функции сегмента, и желание получить быстрый эффект, без учета этих особенностей, сводится к нулю последующими ревизионными операциями и длительным восстановительным лечением, необходимость в которых возникает, по данным различных авторов, в 17.5%-89% наблюдений [6, 7, 9, 10].

Таким образом, одной из основных причин неудовлетворительных анатомо-функциональных результатов хирургического лечения КД является недооценка сложности оперативного вмешательства, что приводит к нерадикальности выполнения

операции и не позволяет полностью восстановить функцию кисти.

Остаются неразработанными показания к клиническому использованию различных вариантов оперативных вмешательств у больных с запущенными формами фасциального фиброматоза, сопровождающихся выраженными контрактурами пальцев кисти.

В рамках проводимого в ГАУЗ РКБ МЗ РТ научного исследования по теме «Разработка и внедрение способов лечения последствий повреждений и заболеваний кисти и пальцев» нами разработаны и внедрены новые техники оперативного лечения фасциального фиброматоза кисти.

Возникновение фасциального фиброматоза кисти (ФФК) приводит к рубцовому перерождению ладонного апоневроза (ЛА) клиничко-анатомически проявляющегося утолщением его в виде узлов и тяжей, возникающих вначале на ладони и постепенно переходящих на пальцы, вызывая сгибательную контрактуру их и резко нарушающих функцию кисти.

Для устранения контрактуры предлагают иссекать ЛА с оставлением открытых ран, вследствие дефицита покровов или применять фигурные доступы с дальнейшим перемещением кожных лоскутов для устранения дефекта ткани. Используемые способы по многочисленным описаниям в литературе остаются дискуссионными.

Широко применяемым способом устранения сгибательной контрактуры в суставах пальцев является методика distraction-аппарата на предплечье и кисть и постепенно проводят закрытую редрессацию до достижения гиперэкстензии как минимум в 10° в пястно-фаланговых суставах (ПФС) и полного разгибания в проксимальных межфаланговых суставах (ПМФС) (180°). Положение, достигнутое редрессацией, стабилизируют аппаратом в течение 5-7 дней, а затем проводят операцию иссечения ладонного апоневроза [5]. Недостатком данного метода является его многоэтапность: три этапа — редрессация, стабилизация и дальнейшее вмешательство на ЛА приводят к необоснованному удлинению сроков лечения, допускают возможность возникновения на первых двух этапах «спицевой» инфекции, кроме того, перекрытие лучезапястного сустава может привести к ограничению движений в нем, что в целом может потребовать дополнительных реабилитационных мероприятий.

В формировании стойкой, выраженной, сгибательной контрактуры в ПМФС участвует и ретрагированная мышца поверхностного сгибателя, для устранения действия которой применяют отсечение ножек сухожилия поверхностного сгибателя (СПС) на пальце [13]. Недостатком данного метода является то, что в результате этого вмешательства, происходит повреждение скользящего аппарата, возникает рубцовое сращение между отсеченными ножками СПС и сухожилием глубокого сгибателя (СГС) на протяжении сухожильного влагалища, что в последующем приводит к ограничению функции пальца. Важным недостатком является и то, что отсечение СПС от места фиксации к средней фаланге исключает его участие в биомеханическом процессе сгибания пальца и значительно снижает его силу [1, 11, 12].

Для устранения сгибательной контрактуры пальца в ПМФС после иссечения фасциального фиброматоза нами был запатентован способ [2] заключающийся в том, что после иссечения патологически измененного ЛА на ладони и пальцах производим дополнительный разрез в нижней трети предплечья, выделяем сухожилие поверхностного сгибателя, «Z»-образно рассекая, удлиняем его с наложением узловатых адаптирующих швов. При этом одновременно устраняем сгибательную контрактуру в ПМФС пальца. Швы на раны предплечья и кисти, кожная пластика по Лимбергу на пальцах.

Этапы оперативного вмешательства представлены на рисунке 1 (А, Б, В, Г).

Удлинение СПС в нижней трети предплечья после иссечения патологически измененного апоневроза на ладони и пальцах, позволяет устранить контрактуру в ПМФС, не разрушая сухожильного влагалища, сохранить точку фиксации СПС к средней фаланге, что позволяет предотвратить рубцовое сращение, сохранить сгибательный аппарат пальца и тем самым обеспечить восстановление функции кисти.

При длительном течении ФФК выражено нарушается биомеханика сложного сухожильного аппарата кисти и пальцев, что в ряде случаев приводит к развитию смешанной контрактуры пальцев — сгибательной в ПМФС и разгибательной в дистальном межфаланговом суставе (ДМФС). При этом устранение сгибательной контрактуры в ПФС и ПМФС известными методами не приводит к устранению переразгибания ногтевой фаланги, из-за чего страдает функция пальца, и после этой

операции больные бывают недовольны, так как при сгибании в кулак, кончик переразогнутого пальца не упирается в ладонь, что нарушает функцию схвата кисти.

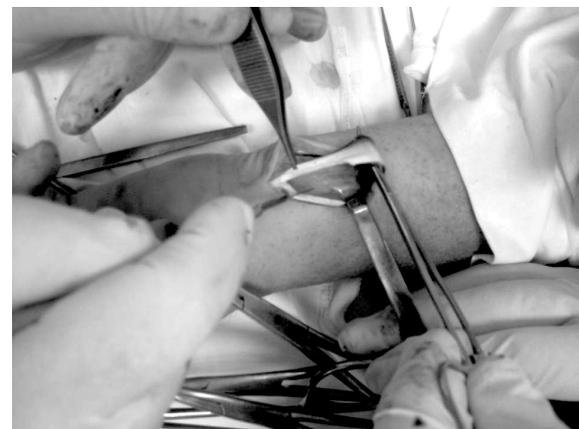
Рисунок 1.

Этапы оперативного вмешательства, пациент Д. с выраженной стойкой сгибательной контрактурой в ПМФС, 1954 г.р., И.Б. 6255.: А — до операции; Б, В — выделение и удлинение СПС на предплечье; Г — вид кисти после ушивания ран и устранения контрактуры пальцев

А.



Б.



В.

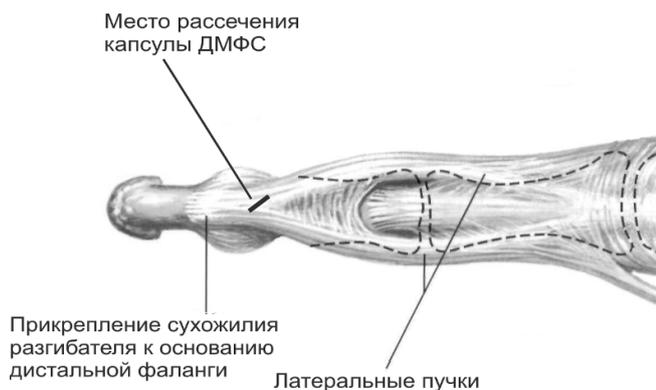


Г.



Для лечения сгибательно-разгибательной контрактуры запатентован способ [3], позволяющий устранить эту патологию и восстановить функцию кисти. Сущность изобретения состоит в том, что после устранения сгибательной контрактуры иссечением патологически измененного апоневроза на ладони и пальцах, для устранения разгибательной контрактуры рассекают капсулу ДМФС на тыле пальца, между боковыми порциями разгибательного аппарата, не пересекая их (рис. 2), производят редрессацию сустава, фиксируют ногтевую фалангу трансартикулярно спицей в функционально выгодном положении, под углом 160°, рана ушивается, кожная пластика по Лимбергу на пальце.

Рисунок 2.
Схема операции



Применение предложенного способа позволяет, не нарушая целостности разгибательного аппарата, устранить смешанную сгибательно-разгибательную контрактуру, исправить гиперэкстензию ногтевой фаланги и тем самым обеспечивает полный объем функции в суставах кисти.

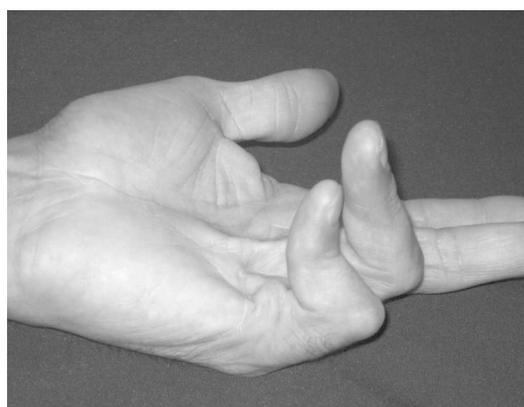
Этапы оперативного вмешательства представлены на рисунке 3 (А, Б, В).

Пациент Г. со смешанной сгибательно-разгибательной контрактурой пальцев, 1961 г.р., И.Б. 28308: А — вид до операции; Б — этап рассечения капсулы ДМФС для устранения разгибательной контрактуры; В — вид кисти после устранения контрактуры.

Таким образом, удлинение СПС на предплечье в сочетании с иссечением фасциального фиброматоза на кисти позволяет устранить сгибательную контрактуру в ПМФС и сохранить при

этом целостность сухожильного влагалища и точку фиксации СПС. Все это позволяет предотвратить возможность образования спаечного процесса в сухожильном влагалище пальца, не нарушает сложную биомеханику функции сгибания и сохраняет силу пальцев кисти. Предлагаемый способ лечения сгибательно-разгибательной контрактуры позволяет устранить тяжелую смешанную деформацию и может быть полезен практикующим врачам ортопедам-травматологам при лечении больных с фасциальным фиброматозом кисти.

Рисунок 3.
Этапы оперативного вмешательства



А.



Б.



В.



Разработанные предложения по повышению эффективности применяемой хирургической техники у больных с фасциальным фиброматозом кисти в конечном итоге направлены на снижение сроков лечения этой группы пациентов, более полноценное восстановление функции конечности, а также на раннее возвращение к обычной профессиональной деятельности и бытовой жизни человека в социуме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матов Ив., Банков С. Реабилитация при повреждениях руки: Пер. с болг. — София: Медицина и физкультура, 1981. — 256 с.
2. Микусев И.Е., Микусев Г.И., Осмоналиев И.Ж., Хабибуллин Р.Ф. Способ лечения тяжелой формы контрактуры Дюпюитрена пальцев кисти. — Патент РФ № 2421168, А 61 В 17/56, БИПМ, БИ № 17. — 2011. — С. 590-591.
3. Микусев И.Е., Микусев Г.И., Осмоналиев И.Ж., Хабибуллин Р.Ф. Способ лечения сгибательно-разгибательной контрактуры пальцев кисти. — Патент РФ № 2421169, А 61 В 17/56, БИПМ, БИ № 17. — 2011. — С. 591.
4. Сиваконь СВ., Абалмасов К.Г., Кислов А.И. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена. — Изд. Пензенского Универ., 2005. — 40 с.
5. Сергеев С.С., Ким А.Л. Способ лечения сгибательной контрактуры пальцев кисти. — Авторское свидетельство СССР № 1398849. А 61 В 17/56. Бюл. № 20. — 1988. — С. 18.
6. Хамраев Ш.Ш. Контрактура Дюпюитрена и ее оперативное лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1964. — 16 с.
7. Andrew J.G., Kay N.R. Segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease: a prospective study // J. Hand Surg. Br. — 1991. — Vol. 16, № 3. — P. 255-257.
8. Bayat A., Cunliffe E.J., McGrouther D.A. Assessment of clinical severity in Dupuytren's disease // Br. J. Hosp. Med. — Lond., 2007. — Vol. 68, № 11. — P. 604-609.
9. Lefebvre M., Bernabe B. Treatment of Dupuytren's contracture by injection // Rev. Infirm. — 2008. — № 137. — P. 19-21.
10. Moermans J.P. Long-term results after segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease // J. Hand Surg. — 1996. — Vol. 21, № 6. — P. 797-800.
11. Nielsen A.B., Iensen P.O. Methods of evaluation of the functional results of flexor tendon repair of the fingers // I. Hand Surg. — 1985. — Vol. 10, № 1. — P. 60-61.
12. Paul W. Brand, Anne M. Hollister THIRD EDITION Clinical Mechanics of the Hand. — Mosby, 1999. — 388 p.
13. Эрте С.А., Пузенко Е.Г. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена в условиях травматологического пункта // Актуальные вопросы лечения травм и ортопедических заболеваний. Тезисы докладов XI научно-практической конференции травматологов-ортопедов Карельской АССР. — Петрозаводск, 1989. — С. 72-74.