

Р.О. МАГОМЕДОВ, Г.И. МИКУСЕВ, И.Е. МИКУСЕВ, Р.Ф. БАЙКЕЕВ, Р.Ф. ХАБИБУЛЛИН

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Профилактика осложнений хирургического лечения контрактуры (болезни) Дюпюитрена

УДК 632.95.026.1:616-001: 617.3

Магомедов Руслан Омаргаджиевич

М.Н.С., врач — травматолог-ортопед отделения травматологии № 1

420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138, тел. (843) 261-47-68, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru

Представлены результаты лечения 157 больных с контрактурой (болезнью) Дюпюитрена (КД). Предложены способы профилактики возникновения интра- и послеоперационных (ранних и поздних) осложнений хирургического лечения. Использование новых способов лечения позволило снизить процент интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений с 37,6 до 22,5% и предупредить возможность распространения заболевания на ладонь в позднем послеоперационном периоде у пациентов с атипичной формой КД по сравнению с традиционными способами лечения.

Ключевые слова: контрактура (болезнь) Дюпюитрена, хирургическое лечение, ранние и поздние осложнения.

R.O. MAGOMEDOV, G.I. MIKUSEV, I.E. MIKUSEV, R.F. BAYKEEV, R.F. KHABIBULLIN

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

The prevention of complications of surgical treatment for Dupuytren's contracture (disease)

The treatment findings of 157 patients with Dupuytren's contracture (disease) are presented. Ways of prevention of intra — and post-operative (early and late) complications during surgical treatment are offered. Use of new ways of treatment has allowed to lower the percent of intraoperative and early postoperative complications, as a whole, from 37,6 % to 22,5 % and to warn extension of disease on a palm in the late postoperative period at patients with atypical form of Dupuytren's contracture, in comparison with traditional ways of treatment.

Keywords: Dupuytren's contracture (disease), surgical treatment, early and late complications.

Контрактура (болезнь) Дюпюитрена (КД) — доброкачественная фибропролиферативная опухоль, поражает до 20% населения [5, 16, 18, 19]. Прогрессирующее течение болезни, приводящее к выраженной сгибательной контрактуре пальцев кисти со значительным снижением ее функциональных возможностей, определяет актуальность рассматриваемой проблемы. Лечение КД направлено на устранение сгибательной контрактуры и восстановление функции движения в суставах пальцев кисти. Для реализации этого ряд авторов предлагают вводить в измененные участки апоневроза различные медикаментозные препараты: коллагеназу [15], триамцинолон ацетонид [17], применять лазер [14], радиотерапию [20] или комплексное консервативное лечение [12], но консервативное лечение лишь уменьшает и приостанавливает проявление заболевания, но не способствует полному исчезновению симптомов. Дальнейшее развитие патологии происходит в 84,6% случаев [9] в ближайшее время и требует повторных вмешательств.

В настоящее время большинство отечественных и зарубежных авторов отдают предпочтение хирургическим методам лечения, отмечая при этом, что оперативное лечение более эффективно на ранних стадиях заболевания, а при увеличении степени контрактуры ее коррекция усложняется и возрастает риск развития осложнений [3, 5, 7].

Вопрос о преимуществах тех или иных доступов при оперативном лечении до настоящего времени является предметом обсуждения. От выбора доступа зависит не только радикальность вмешательства, но порой и окончательный исход лечения, при этом необходимо учитывать кровоснабжение кожи кисти и расположение рубцово-измененных тяжей апоневроза. Чтобы не повредить при апоневрэктомии важные в функциональном отношении структуры кисти, необходим тщательный визуальный контроль при манипуляции освобождения их от измененных узлов и тяжей апоневроза [2, 6].

Считается, что на возникновение интраоперационных (повреждение сосудов, нервов, сухожилий) и ранних послеоперационных (гематома, расхождение краев зашитой раны, краевых некрозов кожи и др.) осложнений влияют в известной степени и разрезы, применяемые для доступа к ладонному апоневрозу [1, 6]. Процент этих осложнений довольно велик: повреждение сосуда — до 16% [6], полное и тракционное повреждение нерва — до 5,8% [6, 8], повреждение сухожилия — до 1,5% [8], гематома — до 7,5% [10], краевой некроз кожи — до 17,5% [10], нагноение — до 5,1% [13].

Одним из осложнений хирургического лечения контрактуры КД, возникающим в позднем послеоперационном периоде, является поражение ранее интактных участков ладонного апоневроза — распространение (процедив) заболевания. Возникновение участков фиброзного перерождения апоневроза в неудаленных его отделах после операции приводит к повторному возникновению сгибательных контрактур пальцев на оперированной кисти. Частота данного вида осложнений достигает 29,3% [4], что приводит к нарушению функции кисти, ухудшает результаты лечения и является показанием для повторной операции.

Цель исследования

Снижение количества осложнений хирургического лечения при контрактуре (болезни) Дюпюитрена путем разработки и применения новых способов оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Проведено оперативное лечение 157 больных с контрактурой Дюпюитрена, из них женщин 26, мужчин 131. Наибольшее количество пациентов (137) были трудоспособного возраста — от 41 до 70 лет. В основной группе (35 больных) при оперативном лечении применяли разработанные нами способы лечения (патенты на изобретение № 2343867 — 2009, № 2370226 — 2009). Контрольную группу составили 122 пациента, которым проводилась общепринятая методика лечения с применением стандартных фигурных (дугобразных, «Г»-образных, косых, полуовальных, волнообразных, треугольных, поперечных, клиновидных) и линейных доступов к ладонному апоневрозу.

Объем поражения ладонного апоневроза и степень выраженности контрактуры пальцев кисти определялись по классификации А.П. Беюл (1926) в модификации Л.Н. Брянцевой (1963): 1-я степень — уплотнение ладонного апоневроза без сгибательной контрактуры в суставах пальцев; 2-я степень — уплотнение ладонного апоневроза со сгибательной контрактурой в пястно-фаланговом суставе до угла 100°; 3-я степень — уплотнение ладонного апоневроза со сгибательной контрактурой в пястно-фаланговом суставе до угла 90° и сгибательной контрактурой в проксимальном межфаланговом суставе.

Распределение пациентов соответственно предложенным способам лечения было следующим: «Способ лечения сгибательной контрактуры пальцев кисти» (Патент на изобретение № 2343867) I основная — 31, I контрольная группа — 117 пациентов; «Способ лечения атипичной формы контрактуры Дюпюитрена пальцев кисти» (Патент на изобретение № 2370226) II основная — 4, II контрольная группа — 5 пациентов.

«Способ лечения сгибательной контрактуры пальцев кисти» (Патент на изобретение № 2343867): Больной Ш, 1953 г.р., история болезни № 776, оперирован 21.11.06 г. После обработки операционного поля под в/венной анестезией 2%-ным новокаином в средней части ладони, на всю ширину ладонного апоневроза, производят рассечение кожи и ладонного апоневроза в поперечном направлении до подапоневротического пространства. Разгибанием согнутых пальцев кисти устраняют сгибательную контрактуру до возможного угла. Параллельно

Рисунок 1.

Способ лечения сгибательной контрактуры пальцев кисти. Клинический пример:

а — состояние до операции; б, в, г — этапы операции



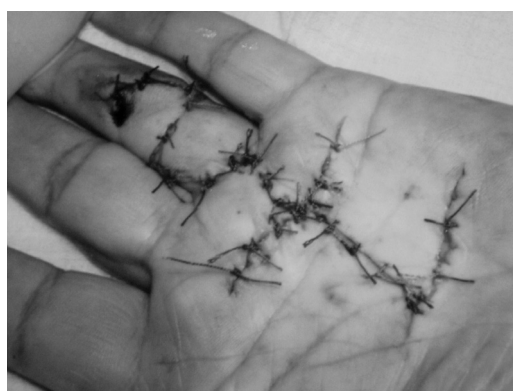
а



б



в



г



Виды и количество осложнений по группам больных
Таблица 1.

Группы больных (количество пациентов)	Повреждение пальцевой артерии	Повреждение пальцевого нерва	Гематома	Гематома + некроз	Ишемия	Некроз	Нагноение	Всего
Контрольная (n=117)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	15 (12,8%)	4 (3,4%)	5 (4,3%)	14 (11,9%)	4 (3,4%)	44 (37,6%)
Основная (n=31)	—	—	5 (16,1%)	1 (3,2%)	—	1 (3,2%)	—	8 (22,5%)

первому разрезу в дистальной части ладони проводят второй разрез кожи на ширину перерожденных тяжей ладонного апоневроза до подапоневротического пространства, также с пересечением тяжей апоневроза. При этом удается почти полностью устранить контрактуру пальца в пястно-фаланговом суставе. Дополнительным разрезом в косом направлении соединяют два поперечных разреза и иссекают перерожденные тяжи апоневроза на ладони. Проводят вертикальный разрез от дистального поперечного разреза на ладони до средней фаланги по средней линии пальца, находящегося в максимальной сгибательной контрактуре. Для устранения контрактуры пальца производят фигурный разрез по их ширине, через который иссекают перерожденные тяжи. Кожные раны ушиваются перемещением кожных лоскутов. Дренажи, повязка, лонгета ладонная (рис. 1).

При этом способе двухуровневое пересечение кожи с апоневрозом до подапоневротического пространства с дополнительным соединением этих двух поперечных разрезов и устранением на операционном столе сгибательной контрактуры пальцев облегчает визуализацию операционного поля, что снижает риск повреждения образований кисти (сосудов, нервов) и уменьшает травматизацию тканей. Закрытие ран местной кожной пластикой на ладони и пальце способствует лучшему заживлению. Все это в конечном итоге способствует более раннему восстановлению функции оперированной кисти.

Как отдельную группу больных можно выделить пациентов с атипичной (пальцевой) формой контрактуры Дююитрена, у которых процесс начинается на пальце, вызывая в первую очередь сгибательную контрактуру в проксимальном межфаланговом суставе, и в дальнейшем распространяется на ладонь, вызывая контрактуру в пястно-фаланговом суставе, усугубляя тяжесть заболевания [11]. Для лечения этого контингента больных нами предложен новый «Способ лечения атипичной формы контрактуры Дююитрена пальцев кисти» (Патент на изобретение № 2370226), суть которого заключается в следующем: производят иссечение патологически измененного тяжа ладонного апоневроза на больном пальце, местную кожную пластику, иссечение из дополнительного разреза неизмененных тяжей I порядка к пальцам на ладони.

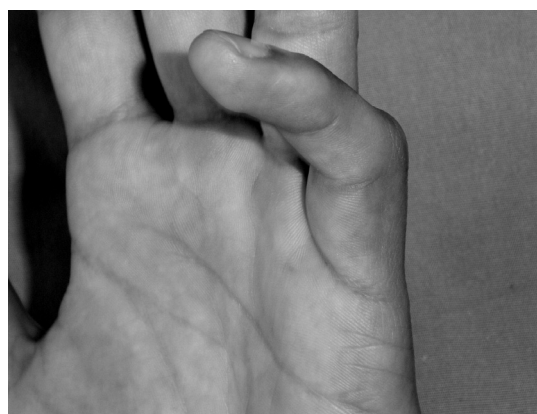
Клинический пример: Больной З., 1985 г.р., история болезни № 4726, поступил в отделение кисти 28.09.06 г. с диагнозом: контрактура Дююитрена 5-го пальца левой кисти II степени, атипичная форма. После соответствующей обработки кожи кисти под внутривенной регионарной анестезией 2%-ным раствором новокаина разрезом на пальце, с выкраиванием треугольных лоскутов по Лимбергу, выделяют и иссекают перерожденный тяж апоневроза II порядка, выделяют сосудисто-нервный пучок; гемостаз по ходу операции; швы на кожу с местной кожной пластикой. В целях профилактики развития распространения контрактуры на ладони поперечным разрезом в области дистальной ладонной складки, выделяют и иссекают тяжи апоневроза I порядка к 3-4-5 пальцам. Швы на рану на

ладони. Резиновые выпускники, асептическая повязка, ладонная гипсовая лонгета (рис. 2).

Рисунок 2.

Способ лечения атипичной формы контрактуры Дююитрена пальцев кисти. Клинический пример: а — состояние до операции, б — вид ушитых ран

а



б



Применение предложенного способа позволяет устранить атипичную форму контрактуры Дююитрена на пальце (сгибательная контрактура), предотвратить возможность развития распространения заболевания на ладони на тяжи I порядка, так как при этом удаляется анатомический субстрат контрактуры Дююитрена — продольные тяжи ладонного апоневроза, на которых начинается и развивается патологический процесс.

В процессе исследования изучены результаты лечения 157 больных с контрактурой Дююитрена. Из них 122 лечились с применением стандартных методик и доступов к пораженному ладонному апоневрозу (две контрольные группы больных:



первая — 117 пациентов, вторая — 5 пациентов), другие 35 больных — по разработанным нами способам лечения (две основные группы больных: прооперированных по первому способу — 31 (I-основная), второму — 4 пациента (II-основная)). Основными показателями эффективности проведенного хирургического лечения являлись наличие или отсутствие осложнений после вмешательств, как интраоперационных, так ранних и поздних послеоперационных.

Сводные данные результатов применения первой методики — «Способ лечения сгибательной контрактуры пальцев кисти» в сравнительном аспекте у контрольной и основной групп представлены в таблице 1.

По данным таблицы видно, что процент возникших осложнений был ниже в основной группе. У данной группы пациентов оптимальный доступ, обеспечивающий хороший обзор операционного поля, способствовал профилактике интраоперационных осложнений — повреждений образований кисти (сосудов и нервов), в отличие от контрольной группы, где процент этих осложнений составил 1,8%. Малая травматизация тканей привела к значительному снижению ишемических осложнений (ишемия, некроз, нагноение) с 19,6% в контрольной группе до 3,2 в основной, что связано с описанными выше преимуществами нового способа. Кроме этого, возникновение ишемии требовало назначения пациентам сосудистых препаратов и средств, улучшающих метаболизм тканей, что приводило к дополнительным расходам медицинского учреждения.

В группе больных с атипичной формой контрактуры Дюпюитрена — 9 пациентов: в контрольной группе (5 пациентов) отдаленный результат известен у 2 пациентов, распространение заболевания на неоперированные участки апоневроза на ладони выявлено у обоих обследованных больных. В основной группе (4 больных) результат известен также у 2 пациентов, при обследовании на сроке 1 год после операции функция кисти в полном объеме (результат — отлично), распространения заболевания нет. Исходом лечения больные были довольны.

Таким образом, разработанные новые способы хирургического лечения больных с контрактурой (болезнью) Дюпюитрена способствуют снижению процента интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, в целом с 37,6% до 22,5, и предупреждают возможность возникновения распространения заболевания на ладонь в позднем послеоперационном периоде у пациентов с атипичной формой контрактуры Дюпюитрена по сравнению с традиционными способами лечения. Это позволяет рекомендовать применение их в хирургических, травматологических и ортопедических отделениях клиник при лечении этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусон М.В., Горидова Л.Д. // Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена в свете профилактики осложнений. — Ортопедия травматология и протезирование. — 1977. — № 12. — С. 61-67.
2. Андрусон М.В., Горидова Л.Д. // Обоснование оперативных доступов при контрактуре Дюпюитрена и техника операций. — Вестник хирургии. — 1979. — № 10. — С. 61-66.
3. Бадиков А.Д., Целищев А.И., Питенин Ю.И. Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь» // Амбулаторная хирургия. — 2004. — № 1-2. — С. 40-41.
4. Блинов Н.И., Яковлева О.А. Лечение контрактуры Дюпюитрена // Вестник хирургии. — 1966. — № 5. — С. 58-61.
5. Брянцева Л. Н. Контрактура Дюпюитрена. — Л., 1963. — 100 с.
6. Губочкин Н.Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиции микрохирургии // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. — 2002. — № 3 (7). — С. 14-17.
7. Дейкало В.П., Толстик А.Н. Дифференцированный подход к хирургической коррекции сгибательной контрактуры суставов пальцев кисти, вызванной болезнью Дюпюитрена // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 2 (48). — С. 30.
8. Иванцова Т.М., Мирошниченко Г.А. «Открытая ладонь» — достоинства и недостатки // Патология кисти. — С.-Петербург, 1994. — С. 62-67.
9. Кедрова А.Н., Лучко Г.Д., Лурье Н.Г. Результаты хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1974. — № 4. — С. 30-33.
10. Кетглас Х. Болезнь Дюпюитрена // Международный журнал пластической хирургии. — 1972. — № 4. — С. 222-231.
11. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее оперативное лечение // Вестник хирургии. — 1988. — № 8. — С. 49-54.
12. Рассол Е.Е., Е.В. Усольцева Опыт паллиативного оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена // Вестник хирургии. — 1986. — № 2. — С. 99-102.
13. Сиваконь С.В. Комплексное хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена // Анналы хирургии. — 2005. — № 1. — С. 63-71.
14. Шведждайте И.М. Использование неодимового АИГ Лазера для лечения контрактуры Dupuytren'a // Сборник научных трудов 1-й Республиканской конференции молодых ученых медиков. ЛитССР часть II. — Каунас, 1988. — С. 300-303.
15. Badalamente M.A., Hurst L.C. Efficacy and safety of injectable mixed collagenase subtypes in the treatment of Dupuytren's contracture // J. of Hand Surg. — 2007. — Vol. 32 (6). — P. 767-774.
16. Gonzalez S.M., Gonzalez R.I. Dupuytren's disease // West. J. Med. — 1990. — № 152 (4). — P. 430-433.
17. 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.
18. Lucas G., Brichet A., Roquelaure Y., Leclerc A., Descatha A. Dupuytren's disease: personal factors and occupational exposure // Am. J. Ind. Med. — 2008. — Vol. 51 (1). — P. 9-15.
19. Mikkelsen O.A. Epidemiology of a Norwegian population // McFarlane R.M. (ed) Dupuytren's disease // Churchill Livingstone, Edinburgh. — 1990. — P. 191-200.
20. 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.