

Данилова А.В., Данилов В.Н., Нальгиев А.Х., Джамбулатов Д.Ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАДОННО - ФАСЦИАЛЬНОГО ФИБРОМАТОЗА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ Г. ТЮМЕНИ ЗА 2011-2016 ГГ.

*ФГБОУ ВО Тюменский государственный университет
кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом детской
травматологии
Кафедра патологической анатомии
г.Тюмень, Российская Федерация*

Ключевые слова: ладонный фасциальный фиброматоз, классификация.

Резюме: По итогам работы составлена сравнительная таблица и общая клинико - морфологическая классификация контрактуры Дюпюитрена.

Resume: According to the results of the work and compiled a comparative table of common clinical - morphological classification of Dupuytren's contracture has been drawn up.

Актуальность: Болезнь Дюпюитрена - форма патологии, наиболее часто проявляющаяся в виде прогрессирующего фиброзного перерождения структур ладонной и пальцевой фасции, представленной в виде узлов и тяжей, конечной стадией которой являются вторичные прогрессирующие и необратимые сгибабельные контрактуры суставов пальцев [1,2]. По данным морфологической картины относится к пролиферативным доброкачественным опухолям. Болезнь Дюпюитрена встречается преимущественно у трудоспособных мужчин в возрасте от 40 до 60 лет [2,3,4]. Основным видом лечения остается оперативное вмешательство (методика «открытой ладони», частичная или полная апоневрэктомия, игольная апоневрэктомия и др). В зависимости от распространенности и вовлечения фиброзированного ладонного апоневроза и пальцев выбирают тактику хирургического лечения [3,4]. Оперативные пособия, согласно имеющимся современным литературным данным, в большинстве случаев сводятся к иссечению рубцовоизмененного апоневроза без учета локализации патологического процесса, степени и стадии заболевания, возраста пациента. Весь операционный материал направляется на изучение в патолого-анатомическое бюро для выявления стадии пролиферативного процесса.

Цель исследования. Создать новую объединенную клинико - морфологическую классификацию на основе корреляционной зависимости клинической стадийности по классификации R. Tubiana в модификации Mikkelsen и морфологической картины ладонно-фасциального фиброматоза.

Задачи. 1. Провести литературный обзор по заданной теме 2. Провести ретроспективный анализ историй болезни и оценку гистологического материала данных пациентов 3. Выявить взаимосвязь между стадией морфологической

картины и степень выраженности клинической проявления контрактуры Дюпюитрена

Материалы и методы. За период с 2011 по 2016 гг было прооперировано 237 пациентов, из них методом случайной выборки отобрано 120 пациентов для оценки гистологического материала и ретроспективного анализа историй болезни. Сформированы основные критерии оценочных показателей каждой группы. Исследования проводились визуально макроскопически на операционном материале и микроскопически на гистологических срезах, окрашенных Гематоксилином-эозином и методом Ван-Гизона. Объем поражения ладонного апоневроза и степень выраженности контрактуры определялись по классификации R. Tubiana в модификации Mikkelsen, различающих 5 степеней выраженности контрактуры: 0 степень - наличие клинических признаков болезни без контрактуры пальцев. I степень – формирование ганглиобразных утолщений ладонного апоневроза. Контрактура пальцев от 0 до 45 градусов. II степень - контрактура пальцев от 45 до 90 градусов. Ограничение функции кисти при этом не выражено. III степень - контрактура от 90 до 135 градусов. Обычно на этой стадии наблюдается поражение нескольких лучей апоневроза. IV степень - контрактура пальцев более 135 градусов. Пальцы полностью прижаты к ладони.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенной работы были сформированы группы по стадиям морфологического процесса, а также произведено сравнение данных показателей с клиническими степенями выраженности контрактуры Дюпюитрена. По распространенности дистрофического процесса наиболее часто наблюдалась ладонно-пальцевая локализация - 70% (n=84), реже - ладонная - 21% (n=25) и пальцевая - 9% (n=11). Двусторонняя локализация была у 48% пациентов (n=58). Обычно процесс перерождения ладонного апоневроза начинался на правой кисти (68%), а затем переходил на левую. У 80,9% пациентов сгибательная контрактура пальцев локализовалась на IV-V пальцах; на V пальце она составила 9%; на IV - 6,1%; на всех пальцах - у 4% больных. Распределение по степени заболевания было следующее: группа 1: II - 10,5 (n=13) %, группа 2: III – 59,5 % (n=71), группа 3: IV – 30,0 % (n=36). У 55 % (n=66) больных было поражено 2 и более пальцев. По возрастным и половым показателям преобладали мужчины трудоспособного возраста в группе со II степенью от 30 до 38 лет (средний возраст 34,5 +/- 2,4 лет), III - от 42 до 65 (средний возраст 45,5 +/- 4,4 лет) и IV - от 38 до 74 (средний возраст 53,2 +/- 5,6 лет). По течению заболевания в первой группе пациентов преобладало быстрое течение длительность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 5 лет; во второй группе преобладало медленное течение временной интервал от 4 до 12 лет и в третьей группе наблюдались все временные промежутки: медленное - 25%, быстрое - 25%, стремительное - 50%.

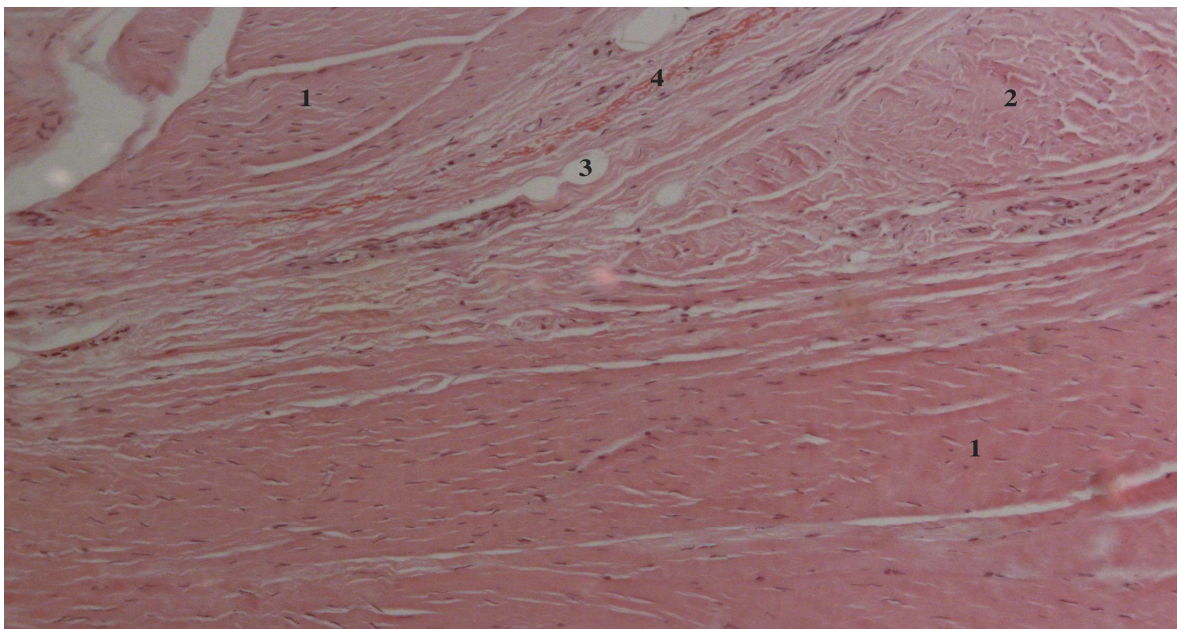


Фото 1. Микроскопическая картина операционного материала после апоневрэктомии фиброматозно - измененного апоневроза. Окраска Гематоксилином - эозином. Увеличение x 100. 1. измененный апоневроз 2. червеобразная мышца 3. капилляр 4. Рыхлая соединительная ткань.

В большинстве случаев (75%) микроскопическая картина в материале после апоневрэктомии была представлена резидуальной стадией (фото 1), что клинически соответствовало II - III степени выраженности контрактуры Дюпюитрена. Микроскопически данные препараты были представлены грубоволокнистой фиброзной тканью (1), напоминающей по строению апоневроз с преобладанием волокнистых структур над клеточными элементами, в прилежащих тканях умеренный интерстициальный отек. В 15% случаев картина была представлена инволютивной стадией. Такой процесс наблюдается при IV стадии сгибательной контрактуры. В эту стадию клеточные элементы минимальны или отсутствуют, апоневроз полностью замещен грубоволокнистой фиброзной соединительной тканью. И в 10% случаев продуктивная стадия - это 0 - I степени контрактуры. В данных случаях изменения в апоневрозе были минимальны, однако процесс прогрессирует, определяются множественные клеточные элементы представляющие собой большое количество гистиоцитов, фибробластов, а также присутствуют специфических внетканевые клеточные элементы воспаления. Лимфоидная инфильтрация по периферии новообразования, также в редких случаях при повреждении кожного покрова над апоневрозом определялось скопление лейкоцитов; в крайних случаях визуализировались единичные гигантские многоядерные клетки инородных тел в количестве не более 5-6 во всех препаратах из операционного материала одного пациента. При окраске по Ван-Гизону - грубоволокнистая соединительная ткань окрашивалась в малиновый цвет, мышечная ткань в коричневый, рыхлая неоформленная соединительная ткань прилежащих тканей в светло - коричневый. В продуктивную стадию, слабо выраженное малиновое окрашивание препарата. В резидуальную стадию около 50% представленного материала окрашена в малиновый цвет. В инволютивную стадию иссеченный ладонный апоневроз 100% окрашивается в малиновый цвет (Таблица 1).

Таблица 1. Корреляционная зависимость морфологических стадий от клинических степеней выраженности контрактуры Дюпюитрена

	0 - I	II	III	IV
классификации R. Tubiana в модификации Mikkel-sen (угловая деформация)	0 - без деформации I -от 0 до 45 градусов	от 45 до 90 градусов	от 90 до 135 градусов.	более 135 градусов
временной интервал	6 мес - 4 года	6 мес - 5 лет	4 года - 12 лет	6 мес - 12 лет
морфологическая стадия	продуктивная стадия	резидуальная стадия	резидуальная стадия	инволютивная стадия
окраска по Ван-Гизону	слабое, едва заметное окрашивание препарата в малиновый цвет	от слабого малинового окрашивание до 50% окрашивания препарата в малиновый цвет	50% окрашивания малиновым цветом	100% окрашивание малиновым цветом

Выводы. Таким образом, в ходе исследования были выявлены следующие закономерности 0-I - степенях выраженности контрактуры Дюпюитрена проявляются продуктивной стадией и окрашиваются в едва заметный, слабо выраженный малиновый цвет; при II-III степенях выраженности отмечается резидуальная стадия и окрашивается от слабо малинового цвета до выраженного (примерно 50% от всего препарата окрашено в малиновый цвет); IV степень контрактуры Дюпюитрена проявляется инволютивной стадией и ткани гистологического препарата 100% окрашиваются в малиновый цвет.

Литература

1. Ашкенази А.И., Аренберг А.А. Устранение контрактур пальцев при болезни Дюпюитрена методом «открытая ладонь и пальцы»: метод. рек. – М., 1981. – 17 с.
2. Волкова А.М. Хирургия кисти. – Свердловск, 1993. – Т. 2. – 256 с.
3. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее оперативное лечение // Хирургия. – 1985. – No 11. – С. 138–142.
4. Чернышов А.В., Никишин М.Ф., Куклина А.Б. Хирургическое и восстановительное лечение контрактуры Дюпюитрена // Сов. медицина. – 1989. – No 9. – С. 115.
5. Микусев Г.И., Байкеев Р.Ф., Микусев И.Е., Магомедов Р.О. Болезнь Дюпюитрена. Регистр по РТ // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. — 2007. — No 4. — С. 65 — 69.
6. Руцкий В.В., Ермаков А.Н. Достижение и нерешенные вопросы в лечении контрактуры Дюпюитрена // Вестн. хир. — 1986. — No 4. — С. 157.

УДК: 615.7:615.12:338.51(574)