

# КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЭТИОЛОГИЯ.ЛЕЧЕНИЕ.

Крук А.Н., Беспальчук П.И.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра травматологии и ортопедии, г. Минск*

**Ключевые слова:** контрактура, апоневротомия, апоневрэктомия.

**Резюме:** *болезнь Дюпюитрена поражает преимущественно мужчин трудоспособного возраста, европеоидной расы. На данный момент единственно эффективным является оперативное лечение. Перспективным является применение комбинированных методик, с использованием как апоневротомии, так и апоневрэктомии через перемежающиеся доступы с применением различных способов пластики дефекта кожных покровов одномоментно.*

*Resume: Dupuytren's disease affects presumably the caucasoid able-bodied men. Medical treatment of Dupuytren's disease has clear limitations. Therefore the surgical treatment is the only efficient approach. The combining methods seem to be the most efficient ones. They consist of both the needle aponeurotomy and the fasciectomy with supplemental methods of grafting and access as single-stage.*

**Актуальность.** Болезнь Дюпюитрена – прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, которое быстро приводит к выраженной сгибательной контрактуре пальцев кисти и значительно снижает ее функциональные возможности. Болезнь Дюпюитрена поражает от 1,6 до 19,2% населения [1]. Заболевание характеризуется «северным» распространением, поражая почти исключительно лиц европеоидной расы. Болезнь, или контрактура Дюпюитрена, вызванная ретракцией ладонного апоневроза, известная хирургам давно, наблюдается часто, преимущественно у мужчин в возрасте 40—60 лет. У женщин болезнь Дюпюитрена, как правило, сочетается с другой патологией кисти и диабетом [4], а количество нейротрофических расстройств после иссечения апоневроза достигает 40%, в то время как у мужчин около 15% [3]. Этиология и патогенез заболевания остаются «тайной» и по сей день.

**Цель:** анализ эффективности оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена, используя различные методики, установление причин развития заболевания.

**Задачи:** 1. Анализ данных историй болезней, результатов осмотров пациентов; 2. Оценка эффективности различных методик доступа к ладонному апоневрозу, участка его иссечения; 3. Создание рекомендаций по применению различных методик доступа к ладонному апоневрозу в зависимости от клинической картины заболевания.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в Республиканском центре хирургии кисти с диагнозом «Контрактура Дюпюитрена» за период январь 2011 года – декабрь 2012 года. Всего за период 2011-2012 годы в центре прошло лечение 6821 пациент, из них 8,22% составили пациенты с КД. Средний возраст пациентов составил 57 (от 27 до 88). Пациентов мужского пола было 86% (средний возраст - 57 года (от 27 до 84)), женского 14% (средний возраст 62 года (от 37 до 88)). По данным анамнеза заболевания установлена давность развития заболевания. Так, в среднем начало заболевания среди всех пациентов пришлось на 51-й – 52-й год жизни. Среди мужчин данный показатель был в районе 51 года, среди женщин – 54 лет.

Согласно классификации, предложенной Табианом, 1-я стадия диагностирована у 1,21% пациентов, 2-ая – 17,72%, 3-ья - 65,54%, 4-ая - 15,53%. Среди мужчин 1 стадия диагностирована у 1,13% пациентов, 2-а – 16,38%, 3-ья - 66,67%, 4-ая - 15,82%, а среди женщин 1 стадия диагностирована у 1,73% пациентов, 2-ая - 24,14%, 3-ья - 60,34%, 4-ая - 13,79%.

Ладонно-пальцевая форма с вовлечением в патологический процесс одного пальца установлена у 56,8% пациентов, с преимущественным поражением четвертого пальца (55,13%). Вовлечение в патологический процесс апоневроза с распространением на два пальца установлено у 35,92% пациентов. Так, у подавляющего количества пациентов (88,51%) это была комбинация четвертого и пятого пальцев. Три и более пальца вовлечены в патологический процесс у 7,52% пациентов. Патологиче-

ское изменение апоневроза только в пределах ладонной поверхности определено у 1,21% пациентов. Также, преимущественно наблюдалось поражение правой конечности - 61,9% пациентов.

Для оценки функционального состояния кисти использовали вопросник DASH «Неспособностей верхних конечностей», разработанный в Институте работы и здоровья (Канада) совместно с Американской академией ортопедической хирургии, рекомендованный для ортопедов, занимающихся лечением патологии верхней конечности. Проанализировав данные, полученные на основании ответов пациентов на стандартизированный опросник DASH, а также данные, полученные на основании визуального осмотра пациентов в различные сроки после выполненного хирургического лечения, установлено: результат состояния пациентов по шкале DASH до лечения составлял  $20,1 \pm 1,5$  балла, в то время как у условно здорового человека данный результат  $0,5 \pm 0,1$  баллов. Для сравнения показателей использовали критерий Манна-Уитни. Статистически достоверными считались различия с уровнем статистической значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Сам Дюпюитрен указывал, что болезнь возникает у тех, «кто вынужден длительное время сжимать точку опоры в руке» [2]. Проведя анализ профессиональной деятельности пациентов, установлено, что 56,8% пациентов заняты ручным трудом с повседневной нагрузкой на ладонную поверхность и пальцы (преимущественно водители, слесари, строители). Однако в настоящее время нет достоверных доказательств о влиянии травмирующего воздействия на ладонную поверхность в развитии заболевания. К возможным предпосылкам развития заболевания также относят фактор хронической интоксикации организма, который может быть обусловлен периодическим злоупотреблением алкоголя. Так, 68,3% пациентов не отрицают периодическое употребление алкоголя. Таким образом, постоянная нагрузка на ладонную поверхность в сумме с хронической интоксикацией могут стать предпосылкой к развитию данного заболевания, но явно не являются первопричиной возникновения заболевания.

На современном этапе развития медицины многие авторы считают, что поиск оптимального консервативного лечения исчерпал себя, так как в лучшем случае наступает лишь замедление прогрессирования патологического процесса, но никак не его ликвидация. Таким образом, подавляющее число авторов, считают на сегодняшний день оперативное лечение единственно эффективным способом лечения. Однако и в данном вопросе существуют разногласия. Камнем преткновения является объем иссечения ладонного апоневроза. Все хирургические методики можно разделить на два типа: апоневротомия (предполагает рассечение тяжей измененного ладонного апоневроза без их удаления и устранение контрактуры пальцев) и апоневрэктомия (радикальное иссечение ладонного апоневроза). В свою очередь, апоневрэктомия подразделяется на тотальную (предполагает удаление всего апоневроза, как пораженного, так и непораженного) и частичную (удаление патологически измененных участков ладонного апоневроза). К слову, технически тотальная апоневрэктомия не выполнима, свидетельство тому литературные данные, говорящие о рецидиве заболевания около 25% , что указывает на неполное удаление ладонного апоневроза.

С целью оценки эффективности проведенного оперативного лечения были созданы группы пациентов, на основе использованного объема иссечения ладонного апоневроза. Таким образом, первую группу А (n=45) составили пациенты, которым проведена частичная апоневрэктомия, вторую Б (n=13) – пациенты, которым проведена апоневротомия. Пациентам было предложено повторно пройти тест в разные сроки после проведенного лечения. Сроки выбраны случайным образом и составили: 10 месяцев после лечения, 18 месяцев после лечения, 24 месяца после лечения. На основании данного критерия обе группы были разделены на подгруппы (А1-3, Б1-3). Так, среднее значение результата теста среди пациентов А1 (n=15) группы через 10 месяцев после оперативного лечения составило  $4,2 \pm 0,2$  баллов, а рецидив заболевания наблюдался у одного пациента. В группе пациентов Б1 (n=5), которым была проведена апоневротомия среднее значение результата теста составило  $3,4 \pm 0,3$  балла, что достоверно ниже, чем результат среди пациентов первой группы ( $p < 0,05$ ), а рецидив заболевания составил 0%. Результат лечения пациентов А2 (n=15) группы, лечение которых проводилось 18 месяцев назад, следующие: по шкале DASH  $8,1 \pm 1,9$  балла, а рецидив заболевания наблюдался у 3 пациентов. Результаты за этот же промежуток времени среди пациентов группы Б2 (n=4) следующие: по шкале DASH –  $7,9 \pm 0,9$ , а рецидив заболевания наблюдался у одного пациента. Статистический тест оценки разности распределения значений между группами А2 и Б2 не показал существенного различия ( $p > 0,05$ ). В группе А3 (n=3) показатель по шкале DASH в среднем составил  $8,7 \pm 1,7$  балла, а рецидив заболевания наблюдался у 3 пациентов. В группе Б3 (n=4) средний результат тест был равен  $9,6 \pm 1,5$  балла, а рецидив заболевания наблюдался у 2 пациентов. Как видно из представленных выше данных, рецидив заболевания в отдаленном периоде среди пациентов группы Б довольно высок, а субъективная оценка пациентов указывает на постепенное ухудшение качества выполняемых манипуляций в повседневной жизни среди пациентов обеих групп, однако данный показатель выше среди пациентов группы А. Таким образом, ближайший послеоперационный период по оценке пациентов лучше после проведенной апоневротомии, однако в дальнейшем результаты среди пациентов группы Б ухудшаются, по сравнению с группой как по субъективной оценке, так и по общей эффективности лечения.

Ухудшение качества, несомненно, обусловлено рецидивом заболевания, однако немалую роль в формирование данного явления также вносят и послеоперационные осложнения. В формировании характера осложнений немаловажную роль играет выбор оперативного доступа к ладонному апоневрозу. Все доступы можно разделить на 3 вида: продольные, поперечные, перемежающиеся. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Продольные: плюсы - хороший обзор, контроль образований, легкий доступ к апоневрозу; минусы - пересекаются силовые линии кожи, следовательно - грубое рубцевание в послеоперационном периоде. Поперечные: плюсы - лишены недостатков, сказанных выше. Минусы - при их применении образуются дефекты кожных покровов различной площади вследствие рубцового перерождения кожи и потери ею эластичности. Для оценки различных видов доступа созданы две группы: В (n=23) – продольный доступи Г (n=22) – поперечный доступ. В зависимости от срока между датой проведения операции и датой осмотра

пациента выделены подгруппы В1-3 и Г1-3, со сроками 10 месяцев, 18 месяцев и 24 месяца соответственно. Так, среди пациентов группы В1 (n=8), которым выполнялся продольный доступ, средний показатель теста составил  $4,1 \pm 0,1$  балла, а среди пациентов группы Г1 (n=8) этот же показатель был равен  $4,2 \pm 0,2$  балла. Таким образом, статистически достоверной разности среди двух групп не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В группе В2 (n=8) средний показатель по результатам теста составил  $10,9 \pm 1,4$  балла, а рубцевание кожных покровов отмечено у 4 пациентов, что существенно ухудшило показатель субъективной оценки. В группе Г2 (n=7) этот же показатель был на уровне  $5,6 \pm 0,4$  балла. Однако у одного пациента наблюдалась потеря тактильной чувствительности, что к слову не причиняло сильных беспокойств и неудобств последнему. Таким образом, достоверная разность распределения результатов между группой Г2 и В2 различна ( $p < 0,05$ ). Средний показатель по результатам в группе В3 (n=7) был равен  $10,1 \pm 0,8$  балла, а в группе Г3 (n=7) –  $6,1 \pm 0,6$  балла ( $p < 0,05$ ). Таким образом, статистически достоверно доказано, что поперечные доступы, при прочих равных, в отдаленном послеоперационном периоде дают лучшие субъективные результаты, однако существует большая вероятность повреждения анатомических структур.

**Выводы:** по сегодняшний день нет единого мнения по поводу техники оперативного лечения болезни Дюпюитрена. Рецидив заболевания остается на достаточно высоком уровне, а к этому показателю еще прибавляется достаточный процент осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Немаловажную роль в исход лечения вносит и отношение пациентов к своему заболеванию, так как подавляющее количество пациентов обращаются за помощью уже с запущенной степенью контрактуры, а, следовательно, уменьшают свои шансы на благополучный исход после проведенного лечения. Данное явление в некоторой степени объясняется категорией пациентов, страдающих выше описанным заболеванием.

#### Литература

1. Conzafez, S. M. Dupuytren's disease / S. M. Conzafez, R. L. Conzafez // West.J.Med. – 1990. – V. 152, № 4. – P. 430 - 433.
2. Dupuytren, G. Retraction permanente des doigts, par suite d'une affection de l'aponévrose palmaire. Leçons orales de Clinique Chirurgicale / G. Dupuytren // Faties a L'Hotel-Dieu de Paris. – 1832. – V. 1. – P. 2 – 24.
3. Sennwald, C. R. Fasciectomy or treatment of Dupuytren's disease and early complications / C. R. Sennwald // J. Hand. Surg. (Am.). – 1990. – V. 15, №5 – P. 755 - 761.
4. Watson, H.K. Dystrophy, recurrence and salvage procedures in Dupuytren's contracture / H. K. Watson, D. Fong // Hand. Clin. – 1991. – V. 7, № 4 – P. 745 - 755.