

СПОСОБ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДИК

Шкутько Н.О., Подоляко О.В., Киевец И.Н., Волотовский А.И.

*УЗ «6-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность

Контрактура Дюпюитрена (КД) – рубцовое перерождение ладонного апоневроза с образованием фиброзных тяжей (хорд) и развитием контрактур в суставах пальцев. Встречается данное заболевание у 5 – 10 % мужчин и 3 % женщин, преимущественно в пожилом и старческом возрасте. Однако в последние десятилетия отмечается тенденция к захвату данной патологией групп населения среднего и молодого возраста. Неуклонно прогрессирующее течение болезни в 70 % случаев приводит к значительному нарушению тонкой профессиональной деятельности и в 3 – 5 % случаев – к инвалидности.

Существует несколько классификаций КД, из которых наиболее важной является классификация R. Tubiana в модификации A.A. Mikkelsen. Выделяют 5 степеней в зависимости от степени выраженности сгибательной контрактуры.

Как показывает наш многолетний опыт наблюдения обращений за плановой медицинской помощью в РЦХК 6-й ГКБ, пациенты с разной степенью КД составляют от 25 до 33% случаев.

Цель – улучшение результатов лечения больных с тяжелыми формами КД путем разработки оперативных методов и последующей реабилитации больных. Для ее достижения необходимо решить следующие задачи:

- определить показания к определённым видам оперативных вмешательств при тяжелых формах КД с нарушением функции кисти;
- разработать и внедрить способ несвободной кожной Z-пластики встречными лоскутами с предоперационным планированием и маркировкой при тяжелых формах КД;
- разработать тактику послеоперационного ведения пациентов;
- изучить и оценить отдаленные результаты лечения пациентов с применением различных методик.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 2836 больных с КД прооперированные в отделении хирургии кисти ГКЦТО в период с 2007 года по 2025 год.

При определении показаний к оперативному лечению КД по нашей методике мы исходили из того, что уже при наличии у пациента КД третьей и более степени с суммарной контрактурой от 90° необходима предварительная маркировка и выполнение кожной Z-пластики встречными лоскутами по разработанному нами способу. Проксимальный Z-лоскут располагали на уровне ладони, дистальный на уровне основной фаланги поражённого пальца,

основную линию разреза производили вдоль основного рубцового тяжа. Z-лоскуты разворачивали по отношению друг к другу на 180°. По нашей методике прооперировано 598 пациентов. Во всех случаях выполнена первичная предоперационная маркировка и активное дренирование послеоперационных ран.

В 379 случаях выполнялась кожная пластика на первом, третьем, четвертом и пятом пальцах кисти. Всегда проводилось активное дренирование. Дренаж удаляли не ранее 4-х суток после операции. Иммобилизацию проводили в течение не менее трех недель. Сроки снятия швов – от 16 до 20 суток. В позднем послеоперационном периоде после заживления ран назначали ФТЛ и ЛФК по общепринятой методике.

Во всех случаях раны зажили первичным натяжением без послеоперационных гематом, что позволило проводить курс восстановительного лечения в оптимальные сроки, начиная с 3 – 4 недели после операции. В 4 % случаев наблюдались краевые некрозы вершушек лоскутов, имеющие поверхностный характер, полная эпителизация наступила в сроки от 4 до 5 недель. При обследовании в отдаленном периоде (в сроки от 6 мес. до 2-х лет) в 28% наблюдались отличные, 52% – хорошие, 20% – удовлетворительные результаты.

Применение свободной кожной пластики в наше исследование не входило, так как она выполняется крайне редко, и каждый клинический случай рассматривается в отдельности.

После 2020 года в нашей практике мы начали использовать игольчатую апоневротомию – 124 операции, как первый этап перед открытым удалением рубцово-измененного ладонного апоневроза. Опыт применения данной методики станет объектом наших дальнейших исследований. Однако, уже сейчас можно сказать, что значительным преимуществом игольчатой апоневротомии является малоинвазивность, малозатратность, относительно непродолжительное время операции, значительное сокращение послеоперационного периода и в ряде клинических ситуаций отсутствие необходимости выполнения кожной пластики.

Выводы

При тяжелых формах КД показан доступ по предложенной выше методике встречных Z-лоскутов, что позволяет достичь полного восстановления разгибания пальцев и исключить возможность чрезмерного натяжения лоскутов.

Активное дренирование во всех случаях позволяет избежать образования гематом в раннем послеоперационном периоде и добиться заживления первичным натяжением.

Заживление ран первичным натяжением с полным восстановлением разгибания пальцев кисти позволит проводить адекватное восстановительное лечение в сроки до 3-4 недель с момента операции и достигнуть хороших и отличных результатов в отдаленном периоде и сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов.

Использование альтернативных методик при КД тяжелой степени является методом выбора, требует дальнейшего анализа и изучения.