

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ассоциация травматологов и ортопедов России
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Саратовский НИИ травматологии и ортопедии

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ В РОССИИ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Всероссийская научно-практическая конференция,
посвященная 70-летию СарНИИТО

19-20 ноября 2015 года

Сборник материалов

К ВОПРОСУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Матвеев Р.П.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
г. Архангельск

Лечение контрактуры Дюпюитрена до настоящего времени остается не решенным и ввиду этого является актуальным [2,3]. В литературе широко обсуждаются методы консервативного и оперативного лечения, дискутируются вопросы рационального доступа к ладонному апоневрозу [1,3,4,6], объема его иссечения и тактики послеоперационного ведения [4,5]. Большинство травматологов-ортопедов являются приверженцами хирургического метода – иссечение ладонного апоневроза [1,4].

Цель работы. Изучить результаты хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена методом «Открытая ладонь».

Материал и методы. Выполнен проспективный и ретроспективный анализ лечения 112 больных с контрактурой Дюпюитрена, лечившихся в клинике травматологии и ортопедии СГМУ за последние семь лет. Всего, с учетом двустороннего поражения, выполнено 129 операций иссечение ладонного апоневроза методом «открытая ладонь и пальцы». Дизайн исследования: вид исследования – обсервационное, когортное, продольное. Критерия включения больных в исследование: возраст 18 лет и старше, пол – мужчины и женщины, заболевания кисти, наличие клинических признаков контрактуры Дюпюитрена I - III степени по Е.В. Усольцевой и К.И. Машкара [7].

Результаты. Преобладали мужчины – 98 (87,5%; 95% ДИ: 81,4 – 93,6), женщин было 14 (12,5%.: 95% ДИ: 6,4 – 18,6). Средний возраст $55,6 \pm 1,4$ года. Длительность заболевания прослеживалась от 3 до 17 лет. Чаще наблюдалась ладонно-пальцевая локализация дистрофического процесса (75,2%) с преимущественной локализацией контрактуры на IV и V пальцах, реже - ладонная (24,8%). Поражение обеих кистей рук отмечалось у 90,2% пациентов. Оперативное лечение выполнялось методом «открытая ладонь и пальцы»

(Ашкенази А.И., Аренберг А.А., 1981г.), основанном на эпителизации раневых дефектов кожи, при II – III степенях рубцового перерождения ладонного апоневроза, т.е. при наличии нарушений функции кисти.

Пациентам производили субтотальную апоневрэктомию с тщательным удалением патологически измененных участков ладонного апоневроза. Вид анестезии зависел от предполагаемого объема и длительности операции. Использовали проводниковую анестезию на уровне кистевого сустава с гидравлической препаративкой тканей физиологическим раствором – в 69,8%, поперечную анестезию 0,25% раствором новокаина – в 22,5% случаев. При проводниковой анестезии у 7,7% больных при недостаточности обезболивания в ходе оперативного вмешательства добавляли внутривенный наркоз.

На ладони выполняли поперечные разрезы кожи длиной 4 – 5 см по линии тенара, по проксимальной и дистальной поперечным линиям с образованием лоскутов на двух питающих ножках. На сгибательной поверхности пальцев дополнительно выполняли Г-образные или углообразные разрезы кожи, включая ладонно-пальцевые, а при необходимости и межфаланговые кожные складки. Отсепаровывали кожу от рубцово-измененного апоневроза, апоневроз иссекали, особенно тщательно и осторожно иссекали его отростки, располагающиеся между сосудами, нервами и сухожилиями. При этом обнажались червеобразные мышцы и сухожилия сгибателей. В проксимальном отделе ладони учитывали опасность повреждения поверхностной ладонной дуги, ветвей срединного и локтевого нервов. У 15-ти больных с выраженными артрогенными контрактурами пальцев в проксимальных межфаланговых суставах выполняли поперечную капсулотомию (6 операций) или дозированную коррекцию с помощью аппарата Илизарова (9 операций).

Гемостаза не требовалось. Швы накладывали только на раны пальцев, раны ладоней оставляли открытыми. Устраняли неровности и подвертывание кожи. На раневые дефекты шириной от 1 до 2 см и длиной от 3 до 5 см, с кровавым сгустком, накладывали асептические повязки с раствором фурацилина (водным раствором 0,05% хлоргексидина) пополам с вазелиновым маслом или глицерином. После операции на предплечье и кисть накладывали ладонную гипсовую лонгету фиксирующую кисть в положении полного разгибания пальцев и раскрытия ладони.

Первую перевязку производили через 3 суток после операции, особенность которой не разрушать кровяные сгустки на ранах ладони, и начинали лазеротерапию № 5 – 10. В динамике наблюдалось умеренное сокращение поперечника ран вследствие расправления кожи и эпителизации. На 7 – 8 сутки раневые дефекты закрывались грануляциями, отмечалась начинающаяся краевая эпителизация ран. Активные и пассивные дозированные движения в суставах пальцев начинали с третьих суток. С этого времени гипсовую лонгету надевали только на ночь и рекомендовали делать это в последующем в течение 2-2,5 месяцев, даже после эпителизации ран. Пациенты выписывались на 8 – 10 сутки после операций с незажившей раной кисти на амбулаторное лечение у хирурга или травматолога. После заживления ран, как правило, проводился курс ультрафонофорез с лидазой или ронидазой,

йодистым калием. При заживлении ран наблюдали уплотнения мягких тканей ладони, которые рассасывались в течение 2-2,5 месяцев на фоне физиотерапии. На фоне краевой эпителизации в области бывших ран на ладони появлялись малозаметные тонкие рубцы линейной формы, которые не приводили к рубцовым контрактурам..

Случаев нагноения ран, образования гематом, стойких отеков, некрозов кожи не было. Из осложнений отмечен неврит пальцевых ветвей срединного и локтевого нервов в 7,6 % операций. В половине случаев (у четырех пациентов) после проведения нейротропного и физиотерапевтического лечения эти осложнения удалось ликвидировать. В 6,2% операций добиться полного разгибания фаланг пальцев не удалось ввиду запущенности процесса и тяжелых форм рубцовой контрактуры, однако положительный эффект достигнут. У 9 человек (7,0% от всех операций) возник локальный рецидив заболевания, который потребовал повторных вмешательств.

Таким образом, хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая кисть» позволяет получить хорошие результаты лечения у большинства больных и решить вопрос закрытия послеоперационных дефектов кисти путем их эпителизации.

Список литературы

1. Ашкенази А.И., Аренберг А.А. Устранение контрактур пальцев при болезни Дюпюитрена методом «открытая ладонь и пальцы». Методические рекомендации. – М., 1981.
2. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена (вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения): Изд. «Татполиграф», Казань. 2001. 176 с.
3. Новиков А.В., Петров С.В. Лечение больных с контрактурой Дюпюитрена. Методические рекомендации. – Нижний Новгород, 1913. 38 с.
4. Сиваконь С.В. Комплексное хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена: дисс. докт. мед. наук. Москва, 2004. 139с.
5. Сиваконь С.В. Влияние хирургического доступа и объема иссечения ладонного апоневроза на продолжительность и результаты лечения контрактуры Дюпюитрена // Труды научно- практической конференции «Новые технологии в медицине». – Т1. Пенза, 2003. С. 24 – 32.
6. Тайлашев М.М., Нестеренко К.А., Салатин П.П., Жамбалов Б.Б. Наш опыт и результаты оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011, № 4(80), Часть 1. С. 176 – 179.
7. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – Ленинград: Медицина, 1986. – 352 с.