

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КОНТРАКТУР ДЮПЮІТРЕНА

В роботі проаналізовано результат оперативного лікування 268 хворих на контрактуру Дюпюїтрена, серед яких у 55 пацієнтів застосовували вдосконалений метод оперативного втручання, який полягає у виконанні, поряд з типовою парціальною і субтотальною апоневректомією, тенолізу і міолізу власних м'язів кисті.

Ключові слова: рецидив, контрактура Дюпюїтрена, теноліз, міоліз

Вступ. Оперативне лікування контрактури Дюпюїтрена впродовж багатьох років залишається єдиним ефективним методом лікування даного захворювання. Такої думки притримувався і сам Гійом Дюпюїтрена. Він запропонував такий метод оперативного лікування, як апоневротомія, який широко використовувався в доанестезіологічну еру [1]. З появою анестезії об'єми оперативного втручання значно розширилися. На теперішній час оперативні втручання можна поділити на паліативні – апоневротомії і радикальні апоневректомії. Основною проблемою при лікуванні контрактури Дюпюїтрена залишається високий рівень рецидивів і післяопераційних ускладнень. За даними різних авторів рецидив захворювання після виконання оперативних втручань відбувається в 7-75% випадків, а післяопераційні ускладнення - в 15%-50% [2, 4, 5]. Таким чином, незадовільні результати при виконанні оперативних втручань залишаються високими. Найбільший рівень рецидивів спостерігається при виконанні апоневротомій. R.Langenberg (1987) виявив рецидив захворювання в 75% випадках паліативних втручань [3]. Це пов'язано з тим, що при цьому усувається контрактура пальців, але морфологічна складова захворювання залишається. Найменший ризик виникнення рецидиву захворювання при субтотальних апоневротоміях, але при даному виді оперативного втручання значно зростає травмування кисті, особливо при виконанні оперативних втручань лікарями, які не достатньо володіють технікою оперативних втручань на кисті, що призводить до збільшення кількості післяопераційних ускладнень [1].

Таким чином, зниження рівня післяопераційних ускладнень і рецидивів, є одним із основних завдань удосконалення методик оперативних втручань при контрактурі Дюпюїтрена.

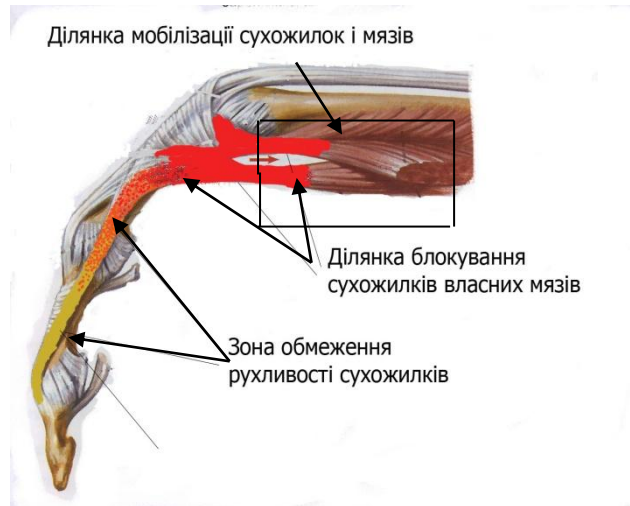
Нами запропоновано виконання тенолізу і міолізу власних м'язів кисті при виконанні парціальної і субтотальної апоневректомії кисті, фіброзування яких є одним із основних чинників виникнення контрактури пальців, при розвитку захворювання, а також є основним чинником при

розвитку рецидиву захворювання. Оперативні втручання з застосуванням нової методики почали виконувати з 2008р.

Мета роботи. Проаналізувати результат лікування хворих, яким виконувалось теноліз і міоліз власних м'язів кисті, порівняно з пацієнтами після типових оперативних втручань, а саме парціальної і субтотальної апоневректомії.

Матеріали і методи. При виконанні парціальної або субтотальної апоневректомії впродовж останніх п'яти років хворим виконується мобілізація власних м'язів кисті, а саме теноліз і міоліз власних м'язів кисті, а при необхідності – тенотомія. Застосування даної методики при виконанні парціальної і субтотальної апоневректомії дозволяє відновити рухи в п'ястнофалангових і міжфалангових суглобах уражених пальців, оскільки фіброзування власних м'язів і їх сухожилок призводить до блокування п'ястнофалангових і міжфалангових суглобів, а також внаслідок фіброзування власні м'язи збільшують ступінь контрактури і, при відсутності мобілізації останніх, призводять до рецидиву захворювання.

На рисунку 1 представлена схема, яка пояснює механізм розвитку контрактури п'ястнофалангових і міжфалангових суглобів пальців внаслідок блокування сухожилок власних м'язів кисті.



На знекровлену кінцівку накладають джгут на рівні верхньої третини плеча, після чого виконується дугоподібний або повздовжній розріз від кісткового суглоба в напрямку до ушкоджених пальців. Виділяють місце переходу апоневрозу в сухожилок довгого долонного м'яза. Виконується типове видалення долонного апоневрозу і вертикальних перетинок. Після чого виділяються м'язи і сухожилки власних м'язів кисті на рівні п'ястнофалангових суглобів. Ретельно виділяються судинно-нервові пучки. Тупим або гострим способом виконується мобілізація власних м'язів і їх сухожилок. Якщо після мобілізації не вдається усунути контрактуру, виконується теноліз власних м'язів кисті. Після чого знімається джгут, виконується гемостаз і закриття шкірних покривів. На долонну поверхню кисті накладається гіпсова лангета.

На рисунку 2 представлено етап оперативного втручання виділення м'язу і сухожилка власного м'язу кисті.

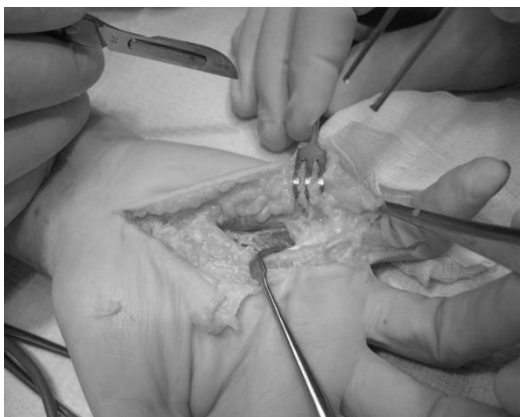


Рис. 2. Виділення м'язу і сухожилка власного м'язу кисті.

На рисунку 3, 4 продемонстрована мобілізація власних м'язів за допомогою скальпеля і ножиць.



Рис. 3. Мобілізація власних м'язів за допомогою скальпеля

Під спостереженням перебували 268 хворих, яким виконувались оперативні втручання з приводу контрактури Дюпюїтрена, за період з 1985-

2010 р. У 55 хворих виконувалась мобілізація власних м'язів кисті (група 1). Група пацієнтів з типовим оперативним втручанням складала 213 чоловік (група 2). Середній вік в групі, в якій виконувалось теноліз і міоліз власних м'язів, склав $46,4 \pm 13,6$, в групі пацієнтів, яким виконувалось типове оперативне втручання, середній вік склав $47,4 \pm 10,8$. З двобічним ураженням в першій групі було 24 хворих, із яких прооперовано обидві кисті у 13 чоловік. В другій групі з двобічним ураженням 67 хворих, оперативне втручання на обох кистях виконувалось у 29 пацієнтів. В обох групах виконували парціальну і субтотальну апоневректомію. В групі 1 парціальна апоневректомія виконувалась у 39, а тотальна – у 29 хворих. В групі 2 парціальна апоневректомія виконувалась у 182 хворих, а субтотальна – відповідно у 60 хворих. Що відповідно склало в першій групі 57% і 43%, в другій групі 75% і 25% відповідно. При визначенні ступеня контрактури використовували чотириступеневу класифікацію Tubian. Розподіл за ступенем важкості у хворих з парціальною апоневректомією, в групах 1 і 2 проілюстровано на рисунку 6.



Рис. 4. Мобілізація власних м'язів за допомогою ножиць

На рисунку 5 представлено результат після виконаного етапу мобілізації власних м'язів кисті – тіло і сухожилок хробакоподібного м'яза.

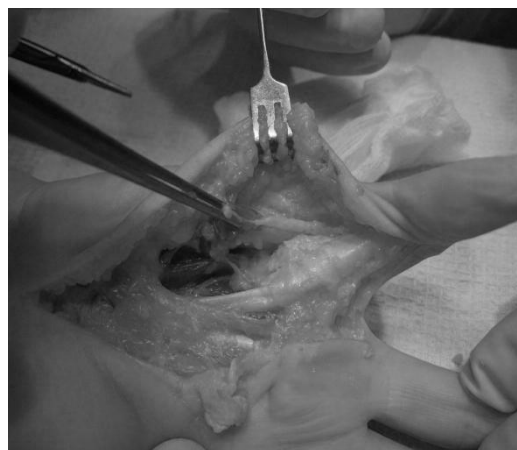


Рис. 5. Хробакоподібний м'яз після мобілізації.

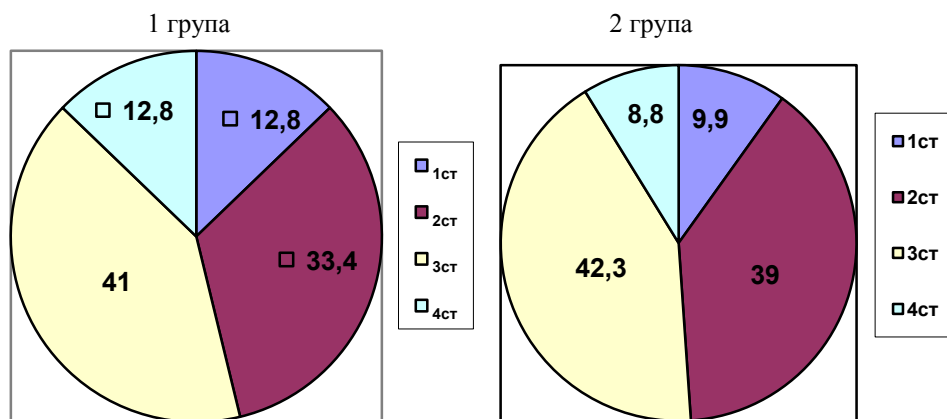


Рис. 6. Розподіл хворих за ступенем важкості при парціальній апоневректомії в 1 і 2 групі у відсотках.

При субтотальній апоневректомії за ступенем важкості хворі розподілилися аналогічно, що добре видно на діаграмах 3 і 4 представлених нижче.

Як ми бачимо з наведених діаграм, переважна більшість хворих оперувалась при 2 і 3 ступенях контрактури. Кількість хворих з 1 і 2 ступенями контрактури при парціальній і субтотальній апоневректомії в обох групах коливалась в межах 27-20%.

В першій групі було 5 хворих, які звернулися з рецидивами захворювання після оперативних втручань з приводу контрактури Дюпюїтрена, виконаних по місцю проживання.

Розподіл рецидивів у групах з парціальною і субтотальною апоневректомією представлено в таблиці 1.

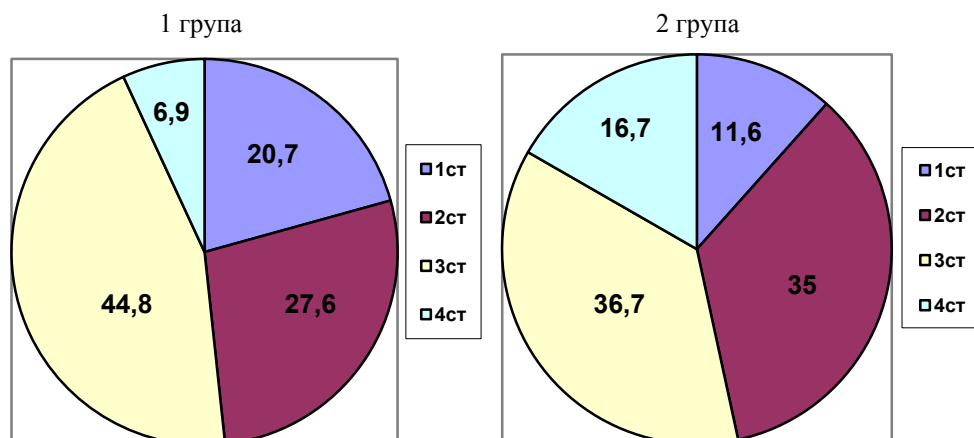


Рис. 7. Розподіл хворих за ступенем важкості при субтотальній апоневректомії в 1 групі у відсотках

Рецидиви в 1 і 2 групах при різних ступенях контрактури

Таблиця 1

Ступінь	Група 1		Група 2	
	парціальна	субтотальна	парціальна	субтотальна
I	0	0	0	1
II	0	0	7	2
III	1	0	10	0
IV	2	0	3	1

Рецидиви при парціальній апоневректомії в першій групі склали 7,7%. В другій групі, при парціальній апоневректомії рецидиви спостерігались в 11%, а при субтотальній апоневректомії в 6,7%.

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі ефективності тенолізу і міолізу, при виконанні апоневректомії, у хворих з контрак-

турою Дюпюїтрена нами було проаналізовано 55 хворих, яким поряд з парціальною і субтотальною апоневректомією виконувалась мобілізація власних м'язів кисті, і 213 хворих, яким було виконано типову парціальну і субтотальну апоневректомію. Співвідношення хворих з парціальною і субтотальною апоневректомією в обох групах

практично ідентичне. Переважна кількість хворих була з 2 і 3 ступенями. В першій групі, при парціальній апоневректомії, з другим ступенем контрактури було 33,4% хворих, третій ступінь контрактури спостерігався у 41% хворих, в другій групі відповідно 39% і 42,3%. При субтотальній апоневректомії в першій групі ступінь спостерігалась у 27,6%, третій ступінь був у 44,8%, другій групі відповідно 35% і 36,7%. Хворі з першим і четвертим ступенями контрактури в кожній групі сумарно не перебільшували 28%. За віком хворих групи були також ідентичними, так в першій групі середній вік становив 46,4, а в другій – 47,4 року. Враховуючи те, що при виконанні оперативного втручання мобілізація власних м'язів виконувалась після видалення долонного апоневрозу і вертикальних перетинок, ми вважаємо, що запропоноване нами удосконалення оперативного втручання – єдиний фактор який впливає на частоту виникнення рецидиву захворювання. Як видно з таблиці 1, при

застосуванні тенолізу і міолізу власних м'язів кисті в першій групі хворих рецидиви спостерігались виключно при парціальній апоневректомії і були відсутні при субтотальній апоневректомії. На відміну від другої групи, де рецидиви спостерігались при парціальній і субтотальній апоневректоміях. В силу того, що субтотальна апоневректомія, більш радикальне оперативне втручання, відсоток рецидивів менший, ніж при парціальній апоневректомії, але відсутність мобілізації власних м'язів кисті не усуває ризик виникнення рецидивів.

Висновки. Запропоноване нами вдосконалення парціальної і субтотальної апоневректомії при контрактурі Дюпюїтрена, яке полягає в виконанні тенолізу і міолізу власних м'язів кисті, значно зменшує ризик виникнення рецидивів захворювання, тим самим підтверджує думку про те, що фіброзування власних м'язів кисті відіграє значущу роль в розвитку контрактури і рецидивуванні захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Волкова А.М. Контрактура Дюпюїтрена / А.М. Волкова // Хирургия кисти. — Свердловськ. 1993. — Т. 2. — С. 10—58.
2. Foucher G., Cornil C, Lenoble E., Citron N. A modified open palm technique for Dupuytren's disease. Short and long term results in 54 patients/G. Foucher., C. Cornil., E. Lenoble, N.A. Citron // Int. Orthop. — 1995. — № 19. — P. 285—288.
3. Langenberg R. Dupuytren-Kontraktur-partielle palmar-aponeurektomie noch vertretbar? / R. Langenberg // Zbl. Chir. — 1987. — № 112 (12). — P. 769—773
4. Mc Farlane R.M. Dupuytren's disease: relation to work and injury/ R.M. Mc Farlane // J. Hand. Surg. Am. — 1991. — № 16. — P. 775—779.
5. Sennwald G.R. Fasciectomy for treatment of Dupuytren's disease and early complications/ G.R. Sennwald // J. Hand. Surg. Am. — 1990. — № 15. — P. 755—761.

A.A. UROVSKY

IMPROVEMENT SURGICAL TREATMENT OF DUPUYTREN'S CONTRACTURE

The research analyses the results of surgical treatment, provided for 268 patients, suffering from Dupuytren's contracture; notably, that 55 patients among them undertook treatment according to the improved surgical intervention method, which main point is the execution of tenolysis and myolysis of hand's proper muscles, in addition to typical divided and subtotal aponeurectomia.

Key words: recurrences, Dupuytren's contracture, tenolysis, myolysis

Стаття надійшла до редакції: 8.04.2011 р.