

В. А. Вишневецкий^{1,2}**КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА КИСТИ И ЕЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА**¹ГУ «Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины»,²Днепропетровская городская больница №16**Ключевые слова:** кисть, контрактура Дюпюитрена, медико-социальная экспертиза

Контрактура Дюпюитрена составляет 11,8% всех патологий кисти, в большинстве случаев встречается у мужчин среднего возраста. Вопрос этиопатогенеза поражения ладонного апоневроза остается дискуссионным среди многих отечественных и зарубежных исследователей, и большинство из них определяют контрактуру Дюпюитрена как системное заболевание соединительной ткани. 13% негативных результатов после оперативного лечения и в 3% случаев получение больными групп инвалидности выделяют контрактуру Дюпюитрена как актуальную медико-социальную проблему современной медицины. Общепринятая четырехстепенная классификация учитывает тяжесть деформации и нарушение функции кисти, соответствует нормативным документам медико-социальной экспертизы, однако не в полной мере учитывает степень ограничения жизнедеятельности больных с патологией кисти.

Контрактура Дюпюитрена кисти та її медико-соціальна експертиза

В. О. Вишневецький

Контрактура Дюпюитрена становить 11,8% усіх патологій кисті, у більшості випадків трапляється у чоловіків середнього віку. Питання про етіопатогенез ураження долонного апоневрозу залишається дискусійним серед багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників, та більшість із них визначають контрактуру Дюпюитрена як системне захворювання сполучної тканини. 13% негативних результатів після оперативного лікування й у 3% випадків отримання груп інвалідності хворих визначають контрактуру Дюпюитрена як актуальну медико-соціальну проблему сучасної медицини. Загальноприйнята чотириступенева класифікація враховує важкість деформації та порушення функції кисті, відповідає нормативним документам медико-соціальної експертизи, однак не повністю враховує ступінь обмеження життєдіяльності хворих із патологією кисті.

Ключові слова: кисть, контрактура Дюпюитрена, медико-соціальна експертиза.*Запорізький медичний журнал. – 2014. – №1 (82). – С. 9–12***Dupuytren's contracture of hand and its medical and social review**

V. O. Vishnevskiy

Dupuytren's contracture diagnosed in 11,8% among all types of the hand pathology and much more it occurs in male of middle-aged. Etiology and pathogenesis of affection of palmar aponeurosis of the hand are still not clear. The aim of research was to specify clinical prognosis, criteria of medical and social examination and indications of disability after operations in Dupuytren's contracture.

Key words: hand, Dupuytren's contracture, medical and social examination.*Zaporozhye medical journal 2014; №1 (82): 9–12*

Контрактура Дюпюитрена (КД) – заболевание соединительной ткани с поражением ладонного апоневроза кисти, хроническим прогрессирующим течением, клинически проявляющееся утолщением и укорочением ладонной фасции, в результате чего развивается сгибательная деформация пальцев с утратой функции кисти.

Заболевание относят к фиброматозам неясной этиологии (согласно классификации ВОЗ, 1974).

До настоящего времени КД страдает от 1,6 до 19,2% населения [1,2,4,5], что составляет 11,8% от всех заболеваний кисти [3,7,9,10]. КД возникает в 92–96% случаев у мужчин среднего и пожилого возраста [4,9,10,13]. У молодых КД отмечают реже, но с годами частота ее развития возрастает; отмечено ее быстрое прогрессирующее развитие с более тяжелым течением, которое в 67% случаев приводит к значительным нарушениям тонкой профессиональной деятельности, в 3% наблюдений – к инвалидности [2–5,7,8,15]. Зарубежные исследователи приводят данные, что количество неудовлетворительных исходов достигает 13% [11–14]. Предрасполагающими факторами в перерождении ладонного апоневроза считаются обменные, эндокринные, токсич-

ческие, аутоиммунные и конституциональные нарушения.

Согласно мнению многих авторов, контрактура Дюпюитрена часто имеет наследственный характер [3,6,8,11,12]. Болезнь может передаваться генетически, по атоусомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью и частичным ограничением пола. Это значит, что ген, отвечающий за развитие данного заболевания, расположен ни на X, ни на Y хромосоме (половые хромосомы), а на одной из 44 аутосом. Одной версии этого гена вполне достаточно для развития данной патологии (он доминирует), но не все люди, у которых есть данный вид гена, наследуют эту болезнь (ген не полностью пенетрантен), и чаще она проявляется у мужчин.

КД нередко сочетается с аналогичными патологическими изменениями подошвенного апоневроза (болезнь Леддероуза), иногда с фибробластической индурацией кавернозных тел полового члена (болезнь Пейрони).

Однако этиопатогенез заболевания до настоящего времени полностью не изучен, нет патогенетически обоснованных методов консервативного лечения, как нет и альтернативы хирургическому лечению.

Данные специализированной литературы показывают,



что в клинической практике наиболее часто используется классификация КД по степеням деформации и нарушению функции кисти. Она отвечает современным требованиям и соответствует четырем степеням функциональных нарушений, которые приводятся в нормативных документах медико-социальной экспертизы (МСЭ). В соответствии с этой классификацией выделяют 4 степени сгибательной контрактуры пальцев [1–3,6]: I – от 0° до 35°; II – от 35° до 70°; III – от 70° до 90°; IV – от 90 до 135°.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Уточнить оптимальные методы оперативного лечения, критерии медико-социальной экспертизы и реабилитации, клинко-трудовой прогноз, показания к установлению инвалидности после операций по поводу контрактуры Дюпюитрена.

Клинический и трудовой прогноз зависят от проявлений рецидивов, которые могут развиваться независимо от стадии, методов лечения и возраста больного. Прогноз хуже у лиц молодого возраста, у больных старше 45 лет КД прогрессирует значительно медленнее. Неблагоприятные прогностические факторы, особенно у пациентов в возрасте от 30 до 40 лет: образование келоидных рубцов, развитие стойких контрактур и артрозов суставов пальцев кисти.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ историй болезни и протоколов операций 112 больных с КД, лечившихся в межобластном центре хирургии кисти 16-й городской клинической больницы г. Днепропетровска за период 2010–2012 г., показал преобладание мужчин – 99 (88,4%), женщины было 13 (11,6%). Возраст пациентов – от 28 до 77 лет. Средняя длительность течения заболевания составила $6,05 \pm 2,25$ лет. Поражение правой кисти отмечено у 58 пациентов (51,8%), левой кисти – у 54 пациентов (48,2%). Обе кисти были вовлечены в процесс у 23 человек (25,0%), из них 19 (82,6%) мужчин и 4 (17,4%) женщины. 63 (56,3%) больных задействованы в процессах интеллектуального труда, 49 (43,7%) – физического. У трех пациентов подобная патология отмечена на стопе (болезнь Леддероуза), у всех установлен наследственный анамнез болезни по мужской линии.

Начало заболевания бессимптомное, лишь у 10% из 112 пациентов отмечен дискомфорт в кисти, чувство усталости, похолодания в пальцах, иногда периодическое онемение 4–5 пальцев. В последующем развитие КД шло достаточно типично. Начинаясь с ульнарного края кисти, поражая 4–5 пальцы (реже третий), с характерным образованием воронкообразных втяжений на уровне сгибательных складок, кожа сморщивалась и спаивалась с ладонным апоневрозом. Согласно приведенной классификации распределили пациентов на группы (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, наиболее частой локализацией КД была ладонно-пальцевая форма с поражением 3–4 пальцев III степени тяжести, со сроками течения заболевания от 2 и более лет.

Консервативное лечение проведено 3 (2,6%) пациентам, имеющим противопоказания к операциям, 1 пациент (0,9%) от операции отказался.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести и локализации КД

Степень контрактуры	I	II	III	IV	Всего
Локализация					
Пальцевая	—	5	1	—	6 (5,4%)
Ладонно-пальцевая	1	7	75	6	89 (79,4%)
Ладонная	2	11	3	1	17 (15,2%)
Итого	3 (2,7%)	23 (20,5%)	79 (70,5%)	7 (6,3%)	112 (100%)

Показания к операции подбирали индивидуально, исходя из возраста, профессии и выраженности нарушений функции кисти.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период 2010–2012 г. в нашей клинике проведено 108 операций, в том числе на обеих кистях 17 пациентам (15,7%), по следующим методикам:

- Апоневротомия – «открытая кисть» – выполнена 16 (14,8%) больным пожилого возраста и старше с отягощенным анамнезом и сопутствующей патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь 3 ст., перенесенный инфаркт миокарда). Операция предусматривала пересечение кожи и рубцово измененного сморщенного тяжа по одной линии, что сопровождалось в последующем зияющей длительно незаживающей раной, трофическими расстройствами и повторным образованием плотных кожных рубцов с тугоподвижностью пальцев кисти. Дальнейшие огрубения кожи и гиперкератоз вызывали вторичные трофические нарушения, фиброзный анкилоз суставов пальцев кисти и инвалидность. Этот метод с 2011 г. в нашей клинике не применяется.
- При втором варианте операции – апоневрэктомии – ладонный апоневроз иссекали на всем протяжении вместе со спянной с ним кожей, но не пересекали короткие волокна, идущие в вертикальном направлении к межкостным перемычкам, аутопластику дефектов кожи не применяли. Это приводило к образованию рубцовой контрактуры пальцев кисти с умеренным нарушением функции. Операция описанным методом проведена у 21 (19,4%) пациента.
- Третий вариант – тотальная апоневрэктомия – применен у 71 (65,8%) пациента. Ее выполняли в пределах здоровых тканей с удалением всей фасциальной системы ладонной поверхности кисти. При образовании дефектов кожи рану закрывали встречными треугольными лоскутами или свободным аутоотрансплантатом.

Анализ протоколов и историй болезни пациентов с КД показал, что не всегда хирурги после рассечения кожи выделяли сосудисто-нервные пучки пораженных пальцев в дистальном направлении до основания средней фаланги, не проводился тщательный гемостаз, не пересекались короткие соединительно-тканые перемычки, идущие в вертикальном направлении от кожи к рубцовому тяжу.



Среди ошибок, допущенных при лечении КД, выделяем:

- Дооперационные – некачественная подготовка большого и кисти в амбулаторных условиях, задержка с операцией при КД 2–3 степени, якобы для ее «созревания», во избежание рецидивов.
- Интраоперационные – выбор нерациональных доступов, расширение и иссечение рубцово измененной кожи, повреждение пальцевых сосудов и нервов, некачественный гемостаз, при возникновении дефектов кожи не производится кожная аутопластика.
- Погрешности, допущенные в лечении больных в послеоперационном периоде и периоде медицинской реабилитации.

На наш взгляд, причинами этих ошибок являются нарушение анатомо-топографических взаимоотношений, выраженность патологического процесса в ладонном апоневрозе, а также переоценка хирургом своих как квалификационных, так и технических возможностей.

Обследовали 68 (60,7%) больных с контрактурой Дюпюитрена в сроки до 3 лет после операции. В I группе (I степень тяжести) – 3 пациента (4,4%), осложнений не было. Во второй группе (II степень тяжести) – 21 больной (30,9%), рецидивы отмечены у 3 (14,3%). В III–IV группах (III–IV степени тяжести) – 46 (67,6%) человек, рецидивы возникли у 8 (17,4%), 4 из них переведены на инвалидность.

Активную реабилитацию обычно начинают через 12–14 дней (после снятия швов). Операция – основание для выдачи листов нетрудоспособности. Обычные сроки пребывания на листе временной нетрудоспособности составляют 28–30 дней. Эти сроки увеличиваются в случае развития послеоперационных осложнений: отека, гематом, краевого некроза кожи, присоединения инфекции, развития парестезий и нейроциркуляторного синдрома или рецидива заболевания. Экспертная диагностика включает осмотр, пальпацию, измерение углов сгибания пальцев, дефицита сгибания и разгибания, определение функциональных нарушений: основных функций кисти, таких как захват (шаровидный, щипковый, цилиндрический) и удержания предметов. Другие виды нарушений захвата – крючковидный, плоскостной, межпальцевой – менее значимы. Тугоподвижность мелких суставов с порочным положением пальцев и кисти ограничивают трудоспособность и самообслуживание, а при двустороннем поражении приводят к инвалидности III группы, которая приравнивается к I степени утраты трудоспособности. При проведении МСЭ необходимо помнить об использовании больным своих компенсаторных возможностей, а при рекомендованных методах лечения учитывать динамику восстановления функции кисти.

При вынесении медико-экспертного заключения необходимо учитывать сопутствующие патологические процессы [2,6,7,8,9,15]. Инвалидам III группы МСЭ при составлении индивидуальной программы реабилитации для трудового устройства рекомендует такие профессии: медицинский регистратор, художник, нотариус, кладовщик, научный сотрудник, программист, учетчик, раздатчик инструментов, оператор ЭВМ, телефонист и другие. Больные с контракту-

рой Дюпюитрена нуждаются в диспансерном наблюдении ортопеда поликлиники 2 раза в год.

На наш взгляд, критериями оценки эффективности реабилитации больных, перенесших операцию по поводу КД, являются:

- а) отсутствие жалоб, анатомических и функциональных нарушений на расстройство функции кисти;
- б) деформация и нарушение функции, определяемые при сравнении со здоровой кистью, незначительные нарушения функции кисти при выполнении профессиональной работы;
- в) возможность рационального трудоустройства без снижения общей и профессиональной трудоспособности.

ВЫВОДЫ

Контрактура Дюпюитрена – сложная ортопедическая патология, которую можно трактовать как дисплазию соединительной ткани, составляет 11,8% всех заболеваний кисти и поражает преимущественно мужчин среднего возраста.

В клинической практике наиболее часто применяется 4-степенная классификация, учитывающая тяжесть деформации и нарушения функции кисти, которые нуждаются в уточнении критериев при МСЭ.

3. Сегодня оптимальным методом лечения контрактуры Дюпюитрена является оперативный, а именно тотальная апоневрэктомия, однако количество неудовлетворительных исходов достигает 13% случаев, выход на инвалидность – 3%. По данным нашего клинического наблюдения, 68 пациентов (до 3 лет после операции), количество рецидивов составило 31,7%, выход на инвалидность – 5,9% случаев.

По нашему мнению, апоневрэктомии следует рассматривать как сложную микрохирургическую операцию с использованием рациональных доступов и обязательным пластическим замещением дефектов кожи.

Основными критериями клинико-трудоого прогноза и медико-социальной экспертизы при контрактуре Дюпюитрена являются характер морфологических изменений и степень нарушения основных функций кисти, которые снижают трудоспособность, качество жизни, а при двустороннем поражении приводят к III группе инвалидности и I степени утраты трудоспособности. При заключении МСЭ необходимо учитывать компенсаторные возможности человека и сопутствующую патологию, а также его профессию и возраст.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Беюл А.П.* Оперативное лечение дюпюитреновской контрактуры / А.П. Беюл // Сб. работ хирургических клиник I ММИ – М., 1938 – С. 82–96.
2. *Брянцева Л.Н.* Контрактура Дюпюитрена / Л.Н. Брянцева – Л., 1963. – 100 с.
3. *Волкова А.М.* К вопросу об этиологии и лечении контрактуры Дюпюитрена / А.М. Волкова, М.М. Когурова, А.М. Скоробрешук // Физиология и патология ОДА с учетом местных медико-географических условий. – Л., 1993. – С. 7–11.
4. *Ипатов А.В.* Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов ортопедо-травматологического профиля / А.В. Ипатов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №4. – С. 12–17.
5. *Корж А.А.* Справочник по травматологии и ортопедии / [под ред. А.А. Коржа и Е.П. Межениной]. – К.: Здоров'я, 1980. – С. 155–157.



6. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена / И.Е. Микусев. – Казань, 2001. – 175 с.
7. Науменко Л.Ю. Медико-соціальна експертиза по реабілітації хворих та інвалідів з патологією верхніх кінцівок: навчально-методичний посібник / [за ред. проф. Л.Ю. Науменко, О.Є. Лоскутов, А.М. Кондрашов та ін.]. – Дніпропетровськ, 2008. – 780 с.
8. Николаева Е.Н. Некоторые клинико-экспертные вопросы при контрактуре Дюпюитрена / Е.Н. Николаев, С.Д. Абхази, С.М. Смбатян // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 1–4.
9. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008–2010 роки: аналітико-інформаційний довідник / [А.В. Іпатов, Ю.І. Коробкін, С.І. Черняк та ін.; за ред. нач. Управління МСЕ МОЗ України А.В. Марунича]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008–2010. – 104 с.
10. Сивоконь С.В. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена / С.В. Сивоконь, К.Г. Абалмасов, А.И. Киселев // Методические рекомендации. – Пенза, 2003. – 19 с.
11. Gudmundsson K.G. Epidemiology of Dupuytren's disease: clinical, serological and social assessment / K.G. Gudmundsson, R. Arngrimsson, N. Sigfusson [et al.] // The Reykjavik Study. The Health Care Centre, 540, Blonduous, Iceland. J. Clin Epidemiol. – 2000. – Vol. 53 (3). – P. 291–296.
12. Ojwang J.O. Genome-wide association scan of Dupuytren's disease / Ojwang J.O., Adrianto I., Gray-McGuire C., Nath S.K. [et al.] // Department of Arthritis and immunology, Oklahoma Medical Research Foundation, Oklahoma City, OK, USA. J Hand Surg. Am – 2010. – Vol. 35 (12). – P. 2039–2045.
13. Zemeli N.P. Dupuytren's contracture in Women / N.P. Zemeli // Hanc. Clin. – 1991. – Vol. 7 (4). – P. 707–711.
14. Zerili M. Le complicate nella chirurgia cel la malattia di Dupuytren. Confronto fra aponeurectomia a total e parziale / M. Zerili, A.D. Lombardi, A. Giordio [et al.] // Ann. Ital. chir. – 1996. – № 67 (6). – P. 837–840.
15. Інструкція про встановлення груп інвалідності: затверджено Наказом МОЗ України від 05.09.2011 р. №561.

Сведения об авторе:

Вишневецкий В.А., д. мед. н., доцент, ГУ «Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины», главный врач Днепропетровской городской больницы №16, заслуженный врач Украины, E-mail: kondrashova@front.ru.

Поступила в редакцию 18.11.2013 г.