

УДК: 611.717:616.8-009.12-002.17-089.15-036-037(048.8)
DOI.ORG/10.37647/0132-2486-2021-109-2-63-72

Актуальні аспекти хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена (Огляд літератури)

Науменко Л.Ю.¹, Кондрашова І.А.² ✉

Резюме. Актуальність. Різноманітність проявів захворювання Дюпюїтрена, обумовлена ступенем уражень долонного апоневрозу, терміном захворювання, характером професійної діяльності та супутньою патологією пацієнтів, призвела до необхідності розробки численних методик хірургічних втручань із різним рівнем ефективності в найближчий та віддалений періоди. Широке обговорення питань захворювання Дюпюїтрена в періодичних вітчизняних і закордонних виданнях, аналіз лікувальних методик, ускладнень та реабілітації свідчать про актуальність проблеми і доцільність проведення подальших досліджень. **Мета дослідження.** Ретроспективний аналіз провідних літературних джерел, присвячених хірургічному лікуванню захворювання Дюпюїтрена, визначення сучасних підходів хірургічної тактики і відновлення функції кисті. **Результати та висновки.** Аналіз літературних джерел показав переваги диференційованого підходу до хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена залежно від ступеня тяжкості захворювання. При ураженнях легкого і середнього ступеня перевага надається голчастій апоневректомії, при тяжких формах – методиці сегментарної апоневректомії у порівнянні з тотальною. Спостерігається деяка розбіжність поглядів щодо проведення хірургічної мобілізації проксимального міжфалангового суглоба та необхідності досягнення функціональної позиції як результату лікування. Тактика хірургічного лікування та реабілітації хвороби Дюпюїтрена потребує індивідуального підходу з урахуванням давності і тяжкості захворювання та має тенденцію до розширення малоінвазивних методик фасціотомії.

Ключові слова: хвороба Дюпюїтрена; огляд; оперативна методика; реабілітація.

Вступ

Напружений ритм життя і праці в сучасному суспільстві обумовив кардинальні зміни в характері та обсязі навантажень на опорно-руховий апарат, особливо на верхні кінцівки. Так, домінуючий обсяг навантажень змінився у напрямі дистальних відділів із потребою забезпечення тонких високодиференційованих і координованих рухів пальцями кисті. Однією з вагомих причин обмеження такої рухомості кисті та пальців є хвороба Дюпюїтрена. Прогресуючі функціональні порушення відмічаються як в процесі розвитку захворювання, так і після лікування. Ступінь вираженості функціональних порушень різноманітний, що визначається факторами

спадковості, супутніми захворюваннями, термінами давності травми та характером професійної діяльності (S. Larsen, D.G. Krogsgaard et al., 2015; K. Becker, S. Tinschert, 2015) [1, 2].

Протягом декількох десятиріч відмічається тенденція до зростання поширеності хвороби Дюпюїтрена навіть у країнах – лідерах за якістю надання медичних послуг: Німеччина – до 20%, США – до 3%, північна частина Нідерландів – до 22%, Англія – до 30% (R. Lanting, E.R. van den Heuvel, 2013; E. Bebbington, D. Furniss, 2015; І.О. Голубев, О.А. Уліщенко, 2018). Згідно з даними останнього масштабного метааналізу з вивчення поширення захворювання Дюпюїтрена у світі, яке охоплювало 85 досліджень (10 – в Азії, 56 – у Європі, 2 – в Африці, 17 – в Америці) із загальним обсягом вибірки 6 628 506 осіб, поширеність хвороби Дюпюїтрена у світі склала 8,2% (95% ДІ 5,7-11,7%). Найвищий рівень поширеності зареєстрований в Африці – 17,2% (95% ДІ 13-22,3%) [3, 4, 5].

✉ Кондрашова І.А., rinadoc765@gmail.com
Науменко Л.Ю.

¹Дніпровський державний медичний університет, кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації, м. Дніпро

²КНП "Міська клінічна лікарня № 16" ДМР, м. Дніпро

Серед захворювань кисті на долю контрактури Дюпюїтрена припадає від 2,0 до 12% (S. Larsen et al., 2015). Частіше захворювання виявляється в осіб чоловічої статі продуктивного віку (K. Becker et al., 2015) та чоловіків віком старше за 65 років, досягаючи 20-25% (R. Lanting et al., 2013) [1, 2, 3].

Ураження лівої та правої кисті не мають суттєвих відмінностей, а у 45,8-80% хворих уражуються обидві кисті, з боку однієї з яких прояви значно більше виражені (B. Loos, V. Puschkin, R.E. Horch, 2007) [6].

Число рецидивів захворювання після оперативного лікування коливається від 7 до 33,7% (S.S. Desai, 2011; Osaid Alser, Richard S. Craig et al., 2020), бо немає впевненості щодо відсутності утворення нового осередку ураження, не пов'язаного з первинним, зокрема, під час виконання апоневротомії (до 33,7% припадає на методику "нідлінгу"), коли усувається контрактура пальців, проте лишається морфологічна складова захворювання (C.C. Страфун та співавтори, 2012; Osaid Alser, Richard S. Craig et al., 2020) [7, 8, 9].

За даними A. Misra, A. Jain (2007), у разі відсутності рецидиву незадовільні результати дослідження у вигляді прогресування контрактури проксимального міжфалангового суглоба пальців можуть бути спричинені тяжкою передопераційною деформацією, неповною корекцією під час операції та недотриманням необхідної терапії пацієнтом [10].

До того ж, за даними O. Alser, R.S. Craig (2020), повторні операції після дермофасціектомії пов'язані з високим ризиком ампутації. Заслуговує на увагу і частота ускладнень, яка коливається від 17 до 23-27% (L.F. Bulstrode et al., 2005; Bainbridge et al., 2012) [8, 11, 12].

За даними різних авторів, показник інвалідності при хворобі Дюпюїтрена досягає 3%. Усе вищезазначене дає підстави розглядати її як соціально значущу проблему та свідчить про необхідність подальшого вивчення можливостей покращення результатів на всіх етапах лікування (B. Loos, V. Puschkin, R.E. Horch, 2007; Л.Ю. Науменко, 2008, та О.М. Николаєва, 2009; J. Wilburn, McKenna et al., 2013; Michael Ng, 2017) [6, 13-16].

Фактори впливу на хірургічну тактику і результати лікування

Будь-яка хірургічна методика повинна базуватися на патоморфологічних складових та прогностичних ознаках перебігу захворювання. Сучасні технічні можливості електронної мікроскопії дозволяють досліджувати морфологічну складову хвороби Дюпюїтрена більш диференційовано. За даними Н.А. Щудло, Т.О. Ступіної (2019), пусковим механізмом розвитку та прогресування захворювання є фі-

броматозні вузли (проліферативна стадія хвороби), які у пацієнтів з III-IV ступенем захворювання, залишаються активними контрактильними центрами. Навіть за малої клітинності відбувається інфільтрація не тільки долонної та пальцевої фасції, але й більш поверхневих тканин, у тому числі дерми шкіри. Згідно з дослідженнями R. Wade et al. (2016), саме в дермі шкіри фіброматоз нерідко і починається. Так, за результатами біопсії шкіри долоні в 40% випадків у пацієнтів без клінічно ураженої шкіри, яким виконувалась фасціектомія, та в 70% випадків – при клінічних ознаках ураження шкіри або рецидивах при виконанні дермофасціектомії був виявлений фіброматоз дерми [17, 18].

Переродження вузлів у проекціях передсухожильних стрічок у хорди є передумовою формування контрактур суглобів пальців (інволютивна стадія хвороби) та найбільш частою причиною звертання пацієнтів до лікаря через обмеження амплітуди рухів у суглобах пальців. Наведені клінічні та патоморфологічні особливості захворювання знаходять відгук у гістологічних висновках спеціалістів у прооперованих пацієнтів. Так, згідно з даними (В.Ф. Байтінгер, 2012), інволютивна стадія – найбільш часта стадія, що зазначена у патогістологічних висновках пацієнтів, що були прооперовані.

Дерматогенний компонент контрактури при пальцевої та долонно-пальцевої формах захворювання Дюпюїтрена – значна проблема для хірургів, що працюють із цією патологією. Інтимна спаяність тяжів та вузлів із шкірним покривом, що частіше фіксується при "запущених" формах захворювання, має розглядатися як обтяжувальний фактор при плануванні оперативного втручання через ризик інтраопераційної перфорації шкіри під час мобілізації вузлово-тяжових комплексів та покривної неспроможності закрити дефект м'яких тканин після висічення [19].

Передопераційний стан шкірних покривів при захворюванні Дюпюїтрена має вплив на результати будь-якої з оперативних методик, у тому числі найбільш шадну з інвазією щодо долонної поверхні – голкову апоневротомію, оскільки зниження тургору знижує й опорну функцію шкіри під час проколів та формує більш виражену ранову поверхню. А отже, змінюються прогностичні показники відновлення цієї категорії пацієнтів. Тому роботи останніх років (Н.И. Овсянников, Е.М. Шунин, О.С. Рудаков, Р.В. Трубицын, 2018; А.А. Улищенко, И.О. Голубев, 2017) присвячувались проблематиці покращення трофічних якостей шкіри під час таких втручань [20, 21].

За результатами досліджень Д.О. Бугаєва (2014), найбільш несприятливим фактором для швидкого анатомо-функціонального відновлення кисті є формування контрактур суглобів пальців. За В.Ф. Байтінгером (2012), передсухожильна та спіральна хорди

призводять до контрактури у п'ястно-фаланговому суглобі, а залучення спіральної, центральної та латеральної хорд формує згинальну контрактуру проксимального та навіть дистального міжфалангових суглобів [19, 22].

На думку L.C. Hurst (1996), основною проблемою оперативного втручання при хворобі Дюпюїтрена є контрактура ПМФС та особливості її формування. Основні анатомічні структури, які залучені до процесу: центральний тяж, тяж поверхневої метакarpальної зв'язки, гіперплазовані спіральні тяжі та їх продовження – ретросудинний тяж, який обумовлює розвиток рецидивів згинальної деформації після оперативного втручання, оскільки його висічення лімітується топографією судинно-нервових утворень [23].

За даними M. Bergoves, J. Jelicic (2018), анатомічна різниця у формі головки п'ястної кістки, долонної пластинки та колатеральної зв'язки між п'ястно-фаланговим та проксимальним міжфаланговим суглобом має вплив на різні варіанти рецидивів контрактур цих суглобів. Навіть у положенні згинання у п'ястно-фаланговому суглобі при контрактурі вони залишаються у діапазоні анатомічного положення суглоба. У випадку проксимального міжфалангового суглоба анатомічним для нього є положення розгинання, тому тривале перебування у згинальній установці при хворобі Дюпюїтрена призводить до укорочення колатеральних зв'язок, внутрішніх м'язів та осі обертання, що і треба вважати першопричиною рецидиву контрактури у цьому суглобі у віддалений період [24].

Вказані дані доповнюються результатами інших дослідників, зокрема за Д.О. Бугаєвим (2014) тривалість існування контрактури ПМФС зменшує вірогідність її повного усунення та отримання хороших результатів лікування внаслідок вторинних компонентів контрактури суглобів, а зміна топографії судинно-нервових пучків спричиняє вірогідність ятрогенних пошкоджень [22].

При плануванні оперативного лікування на результати можуть впливати й особливості тканинного складу ураженої кисті. Так, гістоморфометричні дослідження операційного матеріалу за гендерною ознакою (2018-2020 рр.) продемонстрували, що у жінок із захворюванням Дюпюїтрена у порівнянні з чоловіками на 7,87% менше частка щільної сполучної тканини, на 10,23% – менше жирової тканини і на 20,31% – більше частка гіперпластичної сполучної тканини, що створює тенденцію до значного функціонального дефіциту та ризику рецидування [24]. Отже, виходячи з цієї тенденції, на думку Н.А. Щудло зі співавторами (2021), жіночу стать при захворюванні можна прогностично вважати фактором ризику рецидування хвороби, особливо при виражених ступенях ураження [25]. За результатами спостере-

жень О.О. Уровського, С.С. Страфуна (2015) встановлено зростання ризику рецидиву відповідно до збільшення тривалості хвороби, особливо у молодшій віковій категорії до 30 років (50% у порівнянні з віковою категорією старше 60 років, 4% відповідно), не виділяючи залежність від ступеня контрактури [26].

За характером супутньої патології як прогностично несприятливим щодо шансів прогресування хвороби й пролонгованого терміну анатомо-функціонального відновлення кисті після оперативної корекції, за даними Nader Salari, Mohammadbagher Heydari et al. (2020), є цукровий діабет I типу, найбільша частка пацієнтів становить 34,1% (95% ДІ 25-44,6%) [27].

Класифікація хвороби Дюпюїтрена

Сьогодні навіть серед досвідчених фахівців існують різні погляди на обсяг оперативного втручання, хірургічні доступи та обсяг хірургічної реабілітації.

Безперечно, тактика лікування і способи хірургічного втручання базуються перш за все на положеннях класифікацій хвороби Дюпюїтрена. За Є.В. Усольцевою зі співавторами (1986), хворобу Дюпюїтрена диференціюють за 4 ступенями залежно від вираженості контрактури пальців: I ступінь пов'язаний з виявленням безболісного ущільнення у ділянці сухожилків IV або V променів долонного апоневрозу; II ступінь – з обмеженням розгинання пальця до 30°, візуалізується дефект кисті та відбувається незначне обмеження її функції; III ступінь характеризується обмеженням розгинання ураженого пальця, наростанням болючості та обмеженням функції; IV ступінь пов'язаний із фіксацією обмежень розгинання пальця, вивихами та підвивихами міжфалангових суглобів, що супроводжується несприятливим прогнозом для кисті [28].

За даними А.М. Волкової (1993), залежно від розповсюженості ураження долонного апоневрозу та порушення функції визначали три форми захворювання, найбільш розповсюджені: долонно-пальцева (60%) та долонна (30%), а також пальцева (10%).

Класифікація R. Tubiana в модифікації Mikkelsen базується на використанні 5-ступеневої оцінки вираженості контрактур: 0 ступінь – прояви захворювання без контрактур суглобів, I ступінь – контрактура пальців від 0 до 45°, II ступінь – контрактура від 45 до 90°, III ступінь – контрактура від 90 до 135°, IV ступінь – контрактура перевищує 135° [29].

Класифікація захворювання Дюпюїтрена Британського товариства хірургії кисті (2013) також розподіляє ступені тяжкості хвороби за ступенем вираженості контрактури суглобів пальців кисті та відповідними функціональними порушеннями кисті: при

легкій формі функціональні проблеми та контрактури суглобів відсутні або має місце легка форма контрактури лише п'ястно-фалангового суглоба; при середній формі мають місце помірні функціональні порушення через наявність помірної контрактури п'ястно-фалангового суглоба або проксимального міжфалангового суглоба; при тяжкій формі спостерігаються виражені функціональні обмеження кисті зі стійкими контрактурами обох суглобів.

Особливості хірургічної тактики

Важливою складовою лікувальної тактики при хворобі Дюпюїтрена є необхідність її ретельного планування. Серед широкого кола хірургів, які практикують, чи ортопедів-травматологів існує хибне враження, що це доволі просте втручання, з яким впораються навіть початківці. Разом із цим, для кожного хворого має бути обраний оптимальний обсяг втручання з урахуванням можливих інтра- та післяопераційних ускладнень.

За даними С. Vainbridge et al. (2012), набір оперативних втручань може бути обмежений черезшкірною голковою фасціотомією – 10%, відкритою фасціотомією – 13%, фасціектомією – 69%, дермафасціектомією – 6%, ампутацією пальців 1% [12].

Разом із цим, більшість авторів висловлює погляд на необхідність індивідуального вибору способу хірургічного лікування в кожному конкретному випадку захворювання. Так, за даними D. Warwick, A. Tomas, A. Bayat (2012), хірургічне видалення патологічно змінених тканин має незаперечні переваги щодо можливості застосування на будь-якій стадії захворювання для отримання швидкого клінічного ефекту. Проте питання вибору раціональної хірургічної тактики лікування хворих цієї категорії у кожному конкретному випадку лягає на плечі хірурга [30].

На думку А.В. Жигало (2010), при виборі методу втручання ключовим питанням залишається обсяг операції та пов'язані з цим інтра- та післяопераційні ускладнення. За даними 10-річного аналізу досвіду оперативного лікування хвороби Дюпюїтрена, проведеного І.В. Титаренко, пошук оптимальних методів висічення долонного апоневрозу не припиняється до теперішнього часу [31].

У численних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних вчених дедалі більше уваги приділяється черезшкірній голчатій фасціотомії – PNF (percutaneous needle fasciotomy). Так, Т.Н. Trojjan, S.M. Chu (2007); Н.С. Cheng et al. (2008); М. Rizzo, P.J. Stern et al. (2014) вважають цей спосіб пріоритетним через простоту, малоінвазивність, гарні найближчі результати, низький рівень ускладнень і швидке одужання [32-34].

А.Л. Van Rijssen, P.M. Werker (2006), А.Л. Van Rijssen, Н. Ter Linden (2012) вважають, що цей спосіб іде-

альний для людей похилого віку, які зацікавлені в отриманні гарного результату у ранній період та мають загальносоматичні протипоказання до відкритих оперативних втручань (NICE interventional procedures guidance No. 43, 2013) [35, 36].

За даними F.J. Badois et al. (1993), ці втручання дають хороші найближчі функціональні результати в 81% випадків, проте кількість їх знижується до 69% протягом наступних 5 років. За даними Selles, W. Ruud et al. (2018), рецидиви у відділений період у 5 років визначають у 85,0% випадків та мають ризик близько 33,0% через 10 років після втручання, за даними досліджень Osaid Alser, Richard S. Craig et al. (2020) [8, 37, 38].

За власним клінічним досвідом М.І. Овсяннікова та співавторів (2018), використання голкової апоневротомії з ліпофілінгом за методикою Roger K. Khouri у пацієнтів із початковим ступенем контрактури приводило до повного відновлення обсягу розгинання пальців кисті. Результати оцінювались за допомогою Table-top-test, сили кулачного захвату, методики DASH до та після операції [20]. За цю методику висловлюється й О.А. Уліщенко (2017), за спостереженнями якого обсяг жирової тканини, що вводиться у ділянку апоневрозу під час нідлінгу, запобігає розвитку рецидивів [21]. За даними Н.Д. Кап (2017), поєднання голкової апоневротомії з ліпофілінгом утримує відсоток рецидивів на рівні не більше 20% (13-17% А.О. Богов, Р.І. Муллін, 2016) [39, 40].

За даними К.А. Denkler, С.Д. Vaughn et al. (2017); М. Bergovec, J. Jelicic (2018), поширеною методикою, яка дозволяє досягнути повної корекції контрактури проксимального міжфалангового суглоба, що зберігається як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі, залишається сегментарна фасціектомія. За відсутності долонної фасції ймовірність місцевого рецидиву теоретично повинна дорівнювати нулю, оскільки немає тканини, в якій міг би виникнути рецидив [24, 41].

Проте, на думку ряду фахівців – J.H. Coert, J. Nérin (2006); М. Bergovec, J. Jelicic (2018), – визначення рецидиву для кожного варіанта лікування залишається суперечливим. Частота рецидивів у період до 5 років після операції, за даними Annet L. Van Rijssen et al. (2012), складає 20-32%; ризик рецидивів у період до 10 років, за даними Osaid Alser, Richard S. Craig et al. (2020), складає близько 20% [8, 24, 36, 42].

За дослідженнями J.R. Armstrong, J.S. Hurren (2000), при дисемінованому дифузному ураженні кисті зі значним залученням до процесу фіброзування шкірних покривів, з відповідними анатомічними та трофічними змінами, доцільна методика дермафасціектомії (частота рецидивів через 5,8 року – 11,6% випадків). За даними Osaid Alser, Richard S. Craig et al. (2020), ризик рецидивів через 10 років складає близько 20% випадків [8, 43].

Небезпечним щодо появи нових вогнищ після висічення, вважають перший рік і О.А. Уліщенко, І.О. Голубев (2018), зареєструвавши у своєму дослідженні 48% випадків рецидивів до 1 року та в 48% – у період від 2 до 3 років [21]. До того ж видалення апоневрозу без втручання на міжкісткових м'язах, на думку С.С. Страфуна та групи авторів (2012), є однією з причин незадовільних результатів хірургічного втручання при хворобі Дюпюїтрена [9].

Окремого розгляду потребує проблема ускладнень у вигляді контрактур у міжфалангових суглобах, оскільки дослідження К.Р. Draviraj, І. Chakrabarti та Н.Д. Skoff (2004) показали, що усунення або їх значна розгинальна корекція позитивно корелює з покращенням функції кисті в цілому [44, 45].

За даними С. Engstrand, L. Borén et al. (2009), будь-який ступінь контрактури ПМФС повинен розглядатися як показання до оперативної корекції через те, що є основною проблемною зоною лікування хвороби Дюпюїтрена. [46].

За даними О.М. Толстика, В.П. Дейкало (2005), оперативне втручання потрібно проводити раніше, ніж згинальна установка суглоба досягне 30°, що перетинається з поглядами І.О. Голубева, О.А. Уліщенка (2018) щодо раннього етапу оперативної корекції деформації. При контрактурі проксимального міжфалангового суглоба рекомендують доповнювати сегментарну фасціотомію капсулотомією з розсіченням оболонки згиначів, корекцією розгинального апарату [47, 48].

Коршунов зі співавторами (2008) рекомендують при тяжких формах хвороби Дюпюїтрена з вираженими артрогенними змінами, ригідністю тканин використовувати апарати зовнішньої дистракції для поступової передопераційної корекції деформації суглобів. У цьому випадку підготовча ретракція м'яких структур суглоба є реальною альтернативою ампутації пальців у випадках запущених форм захворювання [49].

За даними А. Eiriksdottir, І. Atroshi (2019), ще однією альтернативою ампутації пальця у випадку тяжкої контрактури Дюпюїтрена, що рецидивує, проксимального міжфалангового суглоба є моноблочна резекція середньої фаланги та реконструкція колатеральних зв'язок для створення нового міжфалангового суглоба, що функціонує, з отриманням конгруентності у новому міжфаланговому суглобі та хорошими функціональним та косметичним результатами у відділений період 15 та 18 місяців після операції.

Окрім самої методики, важливим елементом оперативного втручання є характер хірургічного доступу, який надає би достатній огляд для висічення патологічно змінених тканин, був найбільш фізіологічним, мінімально травматичним та сприяв формуванню еластичних, тонких післяопераційних рубців [50].

За О.М. Толстиком, В.П. Дейкало, (2006) у випадку долонної форми захворювання Дюпюїтрена доступ краще проводити поблизу проксимальної долонної складки, додаткові Г- та С-подібні розрізи повинні бути короткими, мінімізуючи відшарування шкіри та забезпечуючи у процесі операції повний гемостаз. При пальцевої та змішаній долонно-пальцевої формах слід виконувати окремі долонний та пальцевий розрізи, пресухожилковий тяж видаляти підшкірно, а пальцевий розріз проводити дугоподібно через середину шкірного вузла, не залишати "кишень" та підшивати клітковину. У випадках долонної та долонно-пальцевої форм – планувати доступ, починаючи з проксимальних відділів долоні і поступово переходячи у дистальному напрямку. Мобілізація фіброзних хорд на рівні долоні вже дозволяє частково усунути згинальний компонент у суглобах пальців та зменшити обсяг інвазії тканин у дистальних відділах (дистальна долонна складка, проксимальна та середня фаланги пальців) [51].

У випадку вираженого дерматогенного компонента захворювання – проводити висічення скомпрометованої ділянки шкіри та виконання місцевого варіанту шкірної пластики. Це, на думку А. Bayat та D.A. McGrouther (2006), допоможе зменшити ризик рецидиву хвороби, проте не запобігти її прогресуванню [52].

Ці дослідження дозволяють клініцистам більш диференційовано обирати індивідуальний варіант лікування та проводити функціонально-прогностичну оцінку не тільки у передопераційний, але й реабілітаційний етапи.

Реабілітація після хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена

Питання реабілітації при хворобі Дюпюїтрена знайшло широке обговорення в сучасній літературі щодо як обсягу проведення стандартних заходів, так і особливостей реабілітаційних програм при різних формах та ступенях тяжкості захворювання.

За досвідом М. Bielecki, М. Wysocki (2011), післяопераційна програма реабілітації кисті залежить від обсягу операції, а також освіти та досвіду кистьового терапевта, культури тандему роботи кистьового хірурга та терапевта.

Особливі труднощі пов'язані з подоланням контрактур у міжфалангових суглобах, вираженість яких коливається від легко виражених до таких, що мають незворотний характер [53].

На думку А. Bayat та D.A. McGrouther (2006), найбільш частим ускладненням є післяопераційна скутість суглобів та втрата передопераційного обсягу згинання, особливо при спробах під час втручання досягнути повної екстензії шляхом травматичних редресацій [52].

За даними R. Grazina, S. Teixeira (2019), лікування та реабілітація пацієнтів із хворобою Дюпюїтрена сьогодні все ще залежать від досвіду та уподобань хірурга, отже, потребують систематизації. Повна розбіжність поглядів фахівців відзначається у використанні динамічних та нічних шин [54].

Дослідження D. Kitridis, P. Karamitsou et al. (2019) показали, що за умови хвороби Дюпюїтрена II-IV ступеня (за Tubiana) обов'язковим протоколом, який знижує частоту рецидивів після сегментарної фасціектомії, є нічне шинування кисті протягом 24 тижнів після операції в комплексі з домашніми вправами для кистей рук протягом не менш ніж 8 тижнів. Разом із цим, L.V. Ebskov et al. (2000) рекомендують проводити дозовані екстензії для суглобів пальців прооперованої кисті у динамічній шині протягом дня [55, 56].

За результатами дослідження D. Larson, C. Jerosch-Herold (2008) встановлено зменшення загального дефіциту активного розгинання у деяких пацієнтів, які носили шину, проте також спостерігався дефіцит комбінованого згинання пальців та функції кисті [57].

A. C. Jerosch-Herold, L. Shepstone, A.J. Chojnowski et al. (2011) вказують на відсутність відмінностей в амплітуді рухів між групою пацієнтів, яким звичайно накладали шину після операції, та групою пацієнтів, які отримували дозовану пасивно-активну розробку. Отже, стандартне додавання нічного режиму шинування для всіх пацієнтів після фасціектомії або дермафасціектомії не є доцільним, за винятком випадків, коли згинальна контрактура рецидивує [58]. До того ж J.N. Rodrigues, G.W. Becker (2015) вказують на погіршення результатів лікування за рахунок зменшення активного згинання пальців завдяки накладанню шини на мобілізовані пальці у післяопераційний період (L.V. Ebskov, M.E. Voeckstyns et al., 2000) [56, 59]. Як базовий протокол реабілітації заслуговує на увагу дослідження C. Engstrand et al. (2009):

- 1-5 доба після операції – зменшення набряку та вправи для суглобів не залучених у контрактуру пальців;

- 5-7 доба після операції – зняття пов'язки, контроль загоєння рани, початок вправ до 4 разів на добу: ізольовані вправи для згинання ДМФС та ПМФС та сумарне згинання суглобів. Шинування у проміжках між вправами;

- 10-14 доба після операції: видалення швів, продовження режиму вправ та підключення легких навантажень на кисть; шинування на ніч;

- 3-4 тижні після операції: дозоване нарощування обсягу рухів, контроль стану набряку, рубця, больового синдрому. Нічний режим шинування;

- 6-12 тижнів – продовження попередніх заходів [46].

У літературних джерелах існують поодинокі свідчення відносно загальних строків лікування,

так, згідно з матеріалами Мічиганського кистьового центру, загальні терміни реабілітації складають 6-12 тижнів.

За О.А. Уліщенком, І.О. Голубевим (2018), критеріями анатомо-функціонального та професійного відновлення кисті у пацієнтів є: отримання повної пасивної амплітуди рухів, витривалість до тривалого статичного навантаження, пригнічення патологічного стереотипу рухів, відсутність болю при активних та пасивних рухах. Контрольним тестом для оцінки еластичності долонного апоневрозу та прогнозування рецидивів хвороби Дюпюїтрена є величина пасивної гіперекстензії пальців від нейтральної позиції [48].

Підсумки

Представлений аналіз характеристик хвороби Дюпюїтрена з урахуванням форм, стадій захворювання, вторинних проявів та запропоновані численні підходи до хірургічного лікування, безумовно, забезпечують можливості для покращення результатів та зниження частоти ускладнень і рецидивів у найближчий і віддалений період.

Та все ж значний відсоток незадовільних результатів та ускладнень мотивує до пошуку шляхів більш повного розв'язання проблеми.

Аналізуючи матеріали за літературними даними й спираючись на власний досвід, вважаємо за можливе визначити коло питань організаційного і тактичного характеру, розв'язання яких вплине на можливість покращення результатів.

Так, лікування хвороби Дюпюїтрена має бути прерогативою спеціалізованих центрів, але і дотепер більшість хворих лікується в травматологічних відділеннях загального профілю, де відсутні фахівці з хірургії кисті. Розв'язання проблеми може бути здійснене через виділення контингенту хворих із контрактурою Дюпюїтрена за ступенем тяжкості, які мають лікуватися винятково в спеціалізованих центрах.

Поряд із цим доцільно виділити хвороби Дюпюїтрена легкого і середнього ступеня тяжкості, хірургічне лікування яких можливе в загальних відділеннях травматології за умов дотримання визначених лікувальних стандартів.

До проблем тактичного характеру слід зарахувати застаріле уявлення про необхідність за будь-яку ціну у процесі хірургічного втручання повністю усунути розгинальну контрактуру в міжфаланговому суглобі, включаючи мобілізацію суглоба шляхом капсулотомії тощо та іммобілізацію в положенні повного розгинання. Досвід свідчить, що це призводить до зворотного ефекту у вигляді стійких контрактур за умов тривалого періоду реабілітації.

Критерії оцінки функції після хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена мають визначитися залежно від тяжкості захворювання, причинних факторів, наявності вторинних проявів.

При стійких контрактурах доцільно розглянути підходи хірургічного лікування і реабілітації, які забезпечують достатню функцію для самообслуговування і професійної діяльності. Сам термін функціональної достатності має бути визначений з урахуванням індивідуальних потреб хворого.

При ураженнях першого і другого ступеня має бути досягнуто повне відновлення функції і, відповідно, отриманий хороший результат лікування.

Відновлення функції кисті на достатньому рівні при стійких контрактурах також доцільно зараховувати до категорії хороших результатів лікування.

Розв'язання вище зазначених проблем дозволить підвищити якість надання хірургічної допомоги та позитивно вплинути на показники результатів лікування.

Висновки

Хвороба Дюпюїтрена залишається розповсюдженим поліетиологічним захворюванням з різноманітним патоморфологічним фіброматозом долонного апоневрозу та функціональними порушеннями сегментів кисті.

Тактика хірургічного лікування та реабілітації хвороби Дюпюїтрена потребує індивідуального підходу з урахуванням давності і тяжкості захворювання та має тенденцію до розширення малоінвазивних методик фасціектомій.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки статті.

References

- Larsen S, Krogsgaard DG, Aagaard Larsen L, Iachina M, Skytthe A, Frederiksen H. Genetic and environmental influences in Dupuytren's disease: a study of 30,330 Danish twin pairs. *J Hand Surg Eur Vol.* 2015 Feb;40(2):171-6. DOI: 10.1177/1753193414535720.
- Becker K, Tinschert S, Lienert A, Bleuler PE, Staub F, Meinel A, et al. The importance of genetic susceptibility in Dupuytren's disease. *Clin Genet.* 2015 May;87(5):483-7. DOI: 10.1111/cge.12410.
- Lanting R, van den Heuvel ER, Westerink B, Werker PMN. Prevalence of Dupuytren disease in The Netherlands. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Aug;132(2):394-403. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3182958a33.
- Bebbington E, Furniss D. Linear regression analysis of Hospital Episode Statistics predicts a large increase in demand for elective hand surgery in England. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015 Feb;68(2):243-51. DOI: 10.1016/j.bjps.2014.10.011.
- Голубев ИО, Улищенко АА. Пассивная гиперэкстензия пальцев как фактор прогноза прогрессирования при болезни Дюпюитрена. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.* 2018;3:42-7.
- Loos B, Puschkin V, Horch RE. 50 years' experience with Dupuytren's contracture in the Erlangen University Hospital – a retrospective analysis of 2919 operated hands from 1956 to 2006. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007 Jul 4;8:60. DOI: 10.1186/1471-2474-8-60.
- Desai SS, Hentz VR. The treatment of Dupuytren disease. *J Hand Surg Am.* 2011 May;36(5):936-42. DOI: 10.1016/j.jhsa.2011.03.002.
- Alser O, Craig RS, Lane JC. Serious complications and risk of re-operation after Dupuytren's disease surgery: a population-based cohort study of 121,488 patients in England. *Sci Rep.* 2020;10:16520. DOI: 10.1038/s41598-020-73595-y.
- Страфун СС, Гайович ВВ, Уровський ОО. Новий погляд на проблему формування та лікування контрактури Дюпюїтрена. *Вісник ортопедії, травматології та протезування.* 2012;2:4-8.
- Strafun SS, Haiovych VV, Urovskiy OO. A new look at the problem of formation and treatment of Dupuytren's contracture. *Visnyk ortopedii, travmatolohii ta protezuvannia.* 2012;2:4-8. [in Ukrainian].
- Misra A, Jain A, Ghazanfar R, Johnston T, Nanchahal J. Predicting the outcome of surgery for the proximal interphalangeal joint in Dupuytren's disease. *J Hand Surg Am.* 2007 Feb;32(2):240-5. DOI: 10.1016/j.jhsa.2006.11.015.
- Bulstrode NW, Jemec B, Smith PJ. The complications of Dupuytren's contracture surgery. *J Hand Surg Am.* 2005 Sep;30(5):1021-5. DOI: 10.1016/j.jhsa.2005.05.008.
- Bainbridge C, Dahlin LB, Szczypa PP, Cappelleri JC, Guérin D, Gerber RA. Current trends in the surgical management of Dupuytren's disease in Europe: an analysis of patient charts. *Eur Orthop Traumatol.* 2012 Mar;3(1):31-41. DOI: 10.1007/s12570-012-0092-z.
- Науменко ЛЮ. Медико-соціальна експертиза по реабілітації хворих та інвалідів з патологією верхніх кінцівок: навч.-метод. посіб. Дніпропетровськ; 2008. 780 с.
- Naumenko Llu. Medical and social examination for the rehabilitation of patients and the disabled with pathology of the upper extremities: a textbook. *Dnipropetrovsk;* 2008. 780 s. [in Ukrainian].
- Николаева ЕН, Абхази СД, Смбалян СМ. Некоторые клинико-экспертные вопросы при контрактуре Дюпюитрена. *Заместитель главного врача.* 2009;11:1-4.
- Nikolaeva EN, Abhazi SD, Smbatyan SM. Some clinical and expert questions in Dupuytren's contracture. *Zamestitel' glavnogo vracha.* 2009;11:1-4. [in Russian].
- Wilburn J, McKenna SP, Perry-Hinsley D, Bayat A. The impact of Dupuytren disease on patient activity and quality of life. *J Hand Surg Am.* 2013;38:1209-14.
- Ng M, Thakkar D, Southam L, Werker P, Ophoff R, Becker K, et al. A genome-wide association study of Dupuytren disease reveals 17 additional variants implicated in fibrosis. *Am J Hum Genet.* 2017;101:417-27. DOI: 10.1016/j.ajhg.2017.08.006.
- Щудло НА, Ступина ТА, Щудло ММ. Сканирующая электронная микроскопия ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена продвинутой стадии. *Травматология и ортопедия России.* 2019;2:150-6.
- Shchudlo NA, Stupina TA, Shchudlo MM. Scanning electron microscopy of the palmar aponeurosis in advanced Dupuytren's contracture. *Travmatologiya i ortopediya Rossii.* 2019;2:150-6. [in Russian].
- Wade R, Igali L, Figus A. Skin involvement in Dupuytren's disease. *J Hand Surg Eur.* 2016; 41:600-8. *J Hand Surg (Eur Vol).* 2016 Jul;41(6):667-8. DOI: 10.1177/1753193415619726.

19. Байтингер ВФ. Клиническая анатомия ладонного апоневроза. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2012;1(40):22-32.
- Bajtinger VF. Clinical anatomy of the palmar aponeurosis. Voprosy rekonstruktivnoj i plasticheskoj hirurgii. 2012;1(40):22-32. [in Russian].
20. Овсянников НИ, Шунин ЕМ, Рудаков ОС, Трубицын РВ. Малоинвазивные методы лечения контрактуры Дюпюитрена. Современные научные исследования и инновации [Интернет]. 2018;10 [цитировано 2021 Июнь 08]. Доступно: <https://web.snauka.ru/issues/2018/10/87837>.
- Ovsyannikov NI, Shunin EM, Rudakov OS, Trubicyn RV. Minimally invasive treatments for Dupuytren's contracture. Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovacii [Internet]. 2018;10 [cited 2021 Jun 08]. Available from: <https://web.snauka.ru/issues/2018/10/87837> [in Russian].
21. Улищенко АА, Голубев ЮО. Преимущества и недостатки различных методов лечения болезни Дюпюитрена. Вестник травматологии и ортопедии им. НН Приорова. 2017;1(2):61-5.
- Ulishchenko AA, Golubev IO. Advantages and disadvantages of various treatments for Dupuytren's disease. Vestnik travmatologii i ortopedii im. NN Priorova. 2017;1(2):61-5. [in Russian].
22. Бугаев ДА, Горбунков ВЯ, Иванов НН. Анализ качества стационарной медицинской помощи пациентам с контрактурой Дюпюитрена в лечебных учреждениях Ставропольского края (по данным вневедомственной экспертизы). Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014;9(1):70-3.
- Bugaev DA, Gorbunkov VYa, Ivanov NN. Analysis of the quality of inpatient medical care for patients with Dupuytren's contracture in medical institutions of the Stavropol Territory (according to the data of a non-departmental examination). Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2014;9(1):70-3. [in Russian].
23. Hurst LC. Dupuytren's Disease. Hand Surgery Update. 1996. Chapter 26; p. 271-9.
24. Bergovec M, Jelacic J, Oljaca A, Bilic R. Hand function and recurrence after limited fasciectomy for Dupuytren's contracture: Long-term follow-up. J Orthop Surg (Hong Kong). 2018 Jan-Apr;26(1):2309499018762195. DOI: 10.1177/2309499018762195.
25. Щудло НА, Ступина ТА, Щудло ММ, Останина ДА. Сравнительная клиничко-патоморфологическая характеристика контрактуры Дюпюитрена у мужчин и женщин. Травматология и ортопедия России. 2021;27(1):166-74. DOI: 10.21823/2311-2905-2021-27-1-166-174.
- Shchudlo NA, Stupina TA, Shchudlo MM, Ostanina DA. Comparative clinical and pathomorphological characteristics of Dupuytren's contracture in men and women. Travmatologiya i ortopediya Rossii. 2021;27(1):166-74. DOI: 10.21823/2311-2905-2021-27-1-166-174 [in Russian].
26. Уровський ОО. Прогнозування перебігу та хірургічне лікування контрактури Дюпюитрена [автореферат]. Київ; 2015. 20 с.
- Urovskiy OO. Prediction of the course and surgical treatment of Dupuytren's contracture [abstract]. Kyiv; 2015. 20 s. [in Ukrainian].
27. Salari N, Heydari M, Hassanabadi M. The worldwide prevalence of the Dupuytren disease: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2020;15:495. DOI: 10.1186/s13018-020-01999-7.
28. Усольцева ЕВ, Машкара КИ. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Ленинград: Медицина; 1986. 352 с.
- Usol'tseva EV, Mashkara KI. Surgery for diseases and injuries of the hand. Leningrad: Medicina; 1986. 352 s. [in Russian].
29. Волкова АМ. Хирургия кисти. Свердловск; 1993. Т. 2; с. 10-58.
- Volkova AM. Hand surgery. Sverdlovsk; 1993. Vol. 2; p. 10-58. [in Russian].
30. Warwick D, Thomas A, Bayat A. Dupuytren's disease: overview of a common connective tissue disease with a focus on emerging treatment options. Inter J of Clin Rheumat. 2012;7:309-23. DOI: 10.2217/ijr.12.25.
31. Жигало АВ. Особенности хирургической тактики при лечении больных с тяжелыми формами контрактуры Дюпюитрена [диссертация]. Санкт-Петербург; 2010. 181 с.
- Zhigalo AV. Features of surgical tactics in the treatment of patients with severe forms of Dupuytren's contracture [dissertation]. Sankt-Peterburg; 2010. 181 s. [in Russian].
32. Trojian TH, Chu SM. Dupuytren's disease: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2007 Jul 1;76(1):86-9. PMID: 17668844.
33. Cheng HS, Hung LK, Tse WL, Ho PC. Needle aponeurotomy for Dupuytren's contracture. J Orthop Surg (Hong Kong). 2008 Apr;16(1):88-90. DOI: 10.1177/230949900801600120.
34. Rizzo M, Stern PJ, Benhaim P, Hurst LC. Contemporary management of dupuytren contracture. Instr Course Lect. 2014;63:131-42. PMID: 24720301.
35. Van Rijssen AL, Werker M. Percutaneous needle fasciotomy in dupuytren's disease. J Hand Surg Br. 2006 Oct;31(5):498-501. DOI: 10.1016/j.jhsb.2006.03.174.
36. Van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PM. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. Plast Reconstr Surg. 2012 Feb;129(2):469-77. DOI: 10.1097/PRS.0b013e31823aea95.
37. Badois FJ, Lermusiaux JL, Massé C, Kuntz D. Traitement non chirurgical de la maladie de Dupuytren par aponévrotomie à l'aiguille [Non-surgical treatment of Dupuytren disease using needle fasciotomy]. Rev Rhum Ed Fr. 1993 Nov 30;60(11):808-13. PMID: 8054928. [in French].
38. Selles RW, Zhou C, Kan HJ, Wouters RM, van Nieuwenhoven CA, Hovius SE. Percutaneous Aponeurotomy and Lipofilling versus Limited Fasciectomy for Dupuytren's Contracture: 5-Year Results from a Randomized Clinical Trial. Plast Reconstr Surg. 2018 Dec;142(6):1523-31. DOI: 10.1097/PRS.0000000000004982.
39. Kan HJ, Verrijp FW, Hovius SE, van Nieuwenhoven CA, Dupuytren Delphi Group, Selles RW. Recurrence of Dupuytren's contracture: A consensus-based definition. PLo ONE. 2017;12(5):e0164849. DOI: 10.1371/journal.pone.0164849.
40. Богов АА, Муллин РИ, Филиппов ВЛ, Топыркин ВГ. Результаты применения игольчатой апоневротомии в сочетании с липофилингом в лечении контрактуры Дюпюитрена. Практическая медицина. 2016;4(1,96):59-62.
- Bogov AA, Mullin RI, Filippov VL, Topyrkin VG. Results of the use of needle aponeurotomy in combination with lipofilling in the treatment of Dupuytren's contracture. Prakticheskaya medicina. 2016;4(1,96):59-62. [in Russian].
41. Denkler KA, Vaughn CJ, Dolan EL, Hansen SL. Evidence-Based Medicine: Options for Dupuytren's Contracture: Incise, Excise, and Dissolve. Plast Reconstr Surg. 2017 Jan;139(1):240e-255e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000002857.
42. Coert JH, Nérin JP, Meek MF. Results of partial fasciectomy for Dupuytren disease in 261 consecutive patients. Ann Plast Surg. 2006 Jul;57(1):13-7. DOI: 10.1097/01.sap.0000205819.53215.52.
43. Armstrong JR, Hurren JS, Logan AM. Dermofasciectomy in the management of Dupuytren's disease. J Bone Joint Surg Br. 2000 Jan;82(1):90-4. DOI: 10.1302/0301-620x.82b1.9808.
44. Draviraj KP, Chakrabarti I. Functional outcome after surgery for Dupuytren's contracture: a prospective study. J Hand Surg Am. 2004 Sep;29(5):804-8. DOI: 10.1016/j.jhsa.2004.05.005.

45. Skoff HD. The surgical treatment of Dupuytren's contracture: a synthesis of techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Feb;113(2):540-4. DOI: 10.1097/01.PRS.0000101054.80392.88.
46. Engstrand C, Borén L, Liedberg GM. Evaluation of activity limitation and digital extension in Dupuytren's contracture three months after fasciectomy and hand therapy interventions. *J Hand Ther.* 2009 Jan-Mar;22(1):21-6; quiz 27. DOI: 10.1016/j.jht.2008.08.003.
47. Толстик АН, Дейкало ВП. Изменения структур ладонно-пальцевой фасции при болезни Дюпюитрена. *Новости хирургии.* 2005;13(1-4):60-4.
- Tolstik AN, Dejkalo VP. Changes in the structures of the palmar-digital fascia in Dupuytren's disease. *Novosti hirurgii.* 2005;13(1-4):60-4. [in Russian].
48. Голубев ИО, Улищенко АА. Пассивная гиперэкстензия пальцев как фактор прогноза прогрессирования при болезни Дюпюитрена. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.* 2018;3:42-7.
- Golubev IO, Ulishchenko AA. Passive hyperextension of the fingers as a predictor of progression in Dupuytren's disease. *Voprosy rekonstruktivnoj i plasticheskoy hirurgii.* 2018;3:42-7. [in Russian].
49. Коршунов ВФ, Магдиев ДА, Чуловская ИГ. Оперативное лечение тяжелых форм контрактуры Дюпюитрена. *Травматология и ортопедия России.* 2008;2:38-9.
- Korshunov VF, Magdiev DA, Chulovskaya IG. Surgical treatment of severe forms of Dupuytren's contracture. *Travmatologiya i ortopediya Rossii.* 2008;2:38-9. [in Russian].
50. Eiriksdottir A, Atroshi I. A new finger-preserving procedure as an alternative to amputation in recurrent severe Dupuytren contracture of the small finger. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20:323. DOI: 10.1186/s12891-019-2701-2.
51. Толстик АН, Дейкало ВП. Технология реабилитации пациентов с выраженными сгибательными деформациями и рецидивами контрактур пальцев кисти при болезни Дюпюитрена. *Новости хирургии.* 2006;14(3):33-41.
- Tolstik AN, Dejkalo VP. Rehabilitation technology for patients with severe flexion deformities and recurrent finger contractures in Dupuytren's disease. *Novosti hirurgii.* 2006;14(3):33-41. [in Russian].
52. Bayat A, McGrouther DA. Management of Dupuytren's disease--clear advice for an elusive condition. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(1):3-8. DOI: 10.1308/003588406X83104.
53. Bielecki M, Wysocki M. Rola rehabilitacji po operacyjnym leczeniu choroby Dupuytren'a [The importance of rehabilitation after operative treatment of Dupuytren's disease]. *Wiad Lek.* 2011;64(1):26-30. PMID: 21812360. [in Polish].
54. Grazina R, Teixeira S, Ramos R, Sousa H, Ferreira A, Lemos R. Dupuytren's disease: where do we stand? *EFORT Open Rev.* 2019 Feb 20;4(2):63-9. DOI: 10.1302/2058-5241.4.180021.
55. Kitridis D, Karamitsou P, Giannaros I, Papadakis N, Sinopidis C, Givissis P. Dupuytren's disease: limited fasciectomy, night splinting, and hand exercises-long-term results. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2019 Feb;29(2):349-55. DOI: 10.1007/s00590-018-2340-6.
56. Ebskov LB, Boeckstyns ME, Sørensen AI, Sørensen N. Results after surgery for severe Dupuytren's contracture: does a dynamic extension splint influence outcome? *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2000 Jun;34(2):155-60. DOI: 10.1080/02844310050160024.
57. Larson D, Jerosch-Herold C. Clinical effectiveness of post-operative splinting after surgical release of Dupuytren's contracture: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008 Jul 21;9:104. DOI: 10.1186/1471-2474-9-104.
58. Jerosch-Herold C, Shepstone L, Chojnowski AJ, Larson D, Barrett E, Vaughan SP. Night-time splinting after fasciectomy or dermo-fasciectomy for Dupuytren's contracture: a pragmatic, multi-centre, randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011 Jun 21;12:136. DOI: 10.1186/1471-2474-12-136.
59. Rodrigues JN, Becker GW, Ball C, Zhang W, Giele H, Hobby J, et al. Surgery for Dupuytren's contracture of the fingers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Dec 9;2015(12):CD010143. DOI: 10.1002/14651858.CD010143.pub2.

Actual Aspects of Surgical Treatment of Dupuytren's Disease (Literature Review)

Naumenko L.Yu.¹, Kondrashova I.A.²

¹Dnipro State Medical University, Department of Traumatology and Orthopedics, Department of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Dnipro

²DCC NPME "City Clinical Hospital No 16", Dnipro

Summary. Relevance. *The variety of manifestations of Dupuytren's disease, caused by the degree of lesions of the palmar aponeurosis, the duration of the disease, the nature of professional activity, and concomitant pathology of patients, has led to the development of numerous surgical techniques with different levels of effectiveness in the acute and long-term periods. A wide discussion of the issues of Dupuytren's disease in the domestic and foreign periodicals, the analysis of treatment methods, complications and rehabilitation indicate the urgency of the problem and the expediency of further research. Objective: a retrospective analysis of the leading literary sources devoted to the surgical treatment of Dupuytren's disease; the definition of modern approaches to surgical tactics and restoration of hand function. Results. The analysis of literature sources showed the advantages of differentiated approaches to the surgical treatment of Dupuytren's disease, depending on the severity of the disease. With mild and moderate lesions, there is a significant increase in needle aponeurectomy. In severe forms, the segmental aponeurectomy technique is preferred over the total one. There is some discrepancy in carrying out surgical mobilization of the proximal interphalangeal joint and the need to achieve a functional position as a result*

of treatment. The tactics of surgical treatment and rehabilitation of Dupuytren's disease requires an individual approach, taking into account the age and severity of the disease, and tends to spread minimally invasive fasciotomy techniques.

Key words: Dupuytren's disease; review; operative technique; rehabilitation.

Актуальные аспекты хирургического лечения болезни Дюпюитрена (Обзор литературы)

Науменко Л.Ю.¹, Кондрашова И.А.²

¹Днепропетровский государственный медицинский университет,
кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации, г. Днепр

²КНП "Городская клиническая больница № 16" ДГС, г. Днепр

Резюме. Актуальность. Разнообразие проявлений болезни Дюпюитрена, обусловленное степенью поражений ладонного апоневроза, сроком заболевания, характером профессиональной деятельности и сопутствующей патологией пациентов, привело к необходимости разработки многочисленных методик хирургических вмешательств с разным уровнем эффективности в ближайший и отдаленный периоды. Широкое обсуждение вопросов болезни Дюпюитрена в периодических отечественных и зарубежных изданиях, анализ лечебных методик, осложнений и реабилитации свидетельствуют об актуальности проблемы и целесообразности проведения дальнейших исследований. **Цель исследования.** Ретроспективный анализ ведущих литературных источников, посвященных хирургическому лечению болезни Дюпюитрена, определение современных подходов хирургической тактики и восстановления функции кисти. **Результаты и выводы.** Анализ литературных источников показал преимущества дифференцированного подхода к хирургическому лечению болезни Дюпюитрена в зависимости от степени тяжести заболевания. При поражениях легкой и средней степени преимущество отдается игольчатой апоневрэктомии, при тяжелых формах – методике сегментарной апоневрэктомии по сравнению с тотальной. Отмечается некоторое расхождение взглядов относительно проведения хирургической мобилизации проксимального межфалангового сустава и необходимости достижения функциональной позиции как результата лечения. Тактика хирургического лечения и реабилитации болезни Дюпюитрена требует индивидуального подхода с учетом давности и тяжести заболевания и имеет тенденцию к расширению малоинвазивных методик фасциотомии.

Ключевые слова: болезнь Дюпюитрена; обзор; оперативная методика; реабилитация.