

прогестерона у женщин (9,35 нмоль/л при норме 27,8) и тенденция к снижению уровня альдостерона (163,2 нг/мл при норме 172,4).

Таким образом, для больных всеми формами ихтиоза характерно повышенное содержание АКТГ, ренина — у мужчин и женщин, прогестерона и ЛГ — только у мужчин. В то же время при всех формах нами обнаружено снижение уровня в сыворотке крови соматотропина, пролактина (за исключением больных вульгарным ихтиозом), альдостерона и у мужчин тестостерона.

Известно, что особенности формирования эндокринной системы в антенатальном периоде не только определяют адаптационные функции организма, но и могут лечь в основу патогенеза изменений, влияющих на течение неэндокринных заболеваний, например ихтиоза.

На основании полученных данных можно предположить, что выявленные эндокринологические изменения характерны для больных ихтиозом и взаимосвязаны с нарушениями процесса ороговения.

УДК 617.576—009.12—089.8

## ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОНТРАКТУРЕ ДЮПЮИТРЕНА

И. Е. Микусев

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.—чл.-корр. АНТ, проф. Х. З. Гафаров)  
Казанской государственной медицинской академии*

Лечение контрактуры Дюпюитрена (КД) сводится к устранению сгибательной контрактуры пальцев и восстановлению функции кисти. Большинство отечественных и зарубежных авторов отдают предпочтение оперативному методу лечения КД. Однако на сегодня еще нет единого мнения относительно метода, техники и диапазона иссечения ладонного апоневроза. Возможно, с этим и связан крайне высокий процент осложнений в послеоперационном периоде — от 17,5 до 89% [1]. К сожалению, для улучшения функции кисти при этих осложнениях в большинстве случаев приходится выполнять повторные хирургические вмешательства.

Анализ клинического материала КНИИТО за 1957—1993 гг. (более 1000 операций) позволил нам установить наиболее частые причины по-

1. Для всех форм ихтиоза характерно повышенное содержание в сыворотке крови АКТГ, ренина и у мужчин — прогестерона.

2. При всех формах ихтиоза выявлено снижение уровня в сыворотке крови соматотропина, пролактина, альдостерона и у мужчин — тестостерона.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сиворова К. Н., Антоньев А. А., Гребенников В. А. Генетически обусловленная патология кожи.— Ростов-на-Дону, 1990.

Поступила 03.06.94.

## FUNCTIONAL STATE OF ENDOCRINIC SYSTEM IN PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF ICHTHYOSIS

V. T. Kuklin, V. N. Marvina, N. A. Dobrotina, V. D. Tarasenko

## Summary

The increased content of АКТГ, renin in blood serum and progesterone in men is characteristic of all forms of ichthyosis. The decrease of the level of somatotropin, prolactin, aldosterone in blood serum and testosterone in men is revealed in all forms of ichthyosis.

вторных операций у больных с КД. Среди них были пациенты, оперированные в других лечебных учреждениях и отделениях КНИИТО. У больных, оперированных в общехирургическом и травматологическом отделениях больницы, причины реопераций были связаны наряду с другими моментами и с квалификацией оперирующего хирурга (его подготовкой в области хирургии кисти). Были выявлены частые нарушения установок хирургии кисти: выполнение хирургического вмешательства на кисти без обескровливания операционного поля, чаще под местной инфльтрационной анестезией, без ассистента и соответствующего инструментария. По ходу операции повреждались ветви срединного и локтевого нервов на ладони и пальцах, что приводило к нарушению чувствительности и к образованию бо-

лезненных невром; более того, травмировались (или иссекались) сухожилия сгибателей пальцев кисти с последующим нарушением функции пальца. Очень часто применялись нерациональные (линейные) разрезы, переходящие с ладони на палец по ходу перерожденного тяжа апоневроза, которые приводили в послеоперационном периоде к рубцовым сгибательным контрактурам пальцев. Все эти больные нуждались в повторном хирургическом вмешательстве.

Наиболее частыми причинами рецидивов при КД являлись рецидивы и дальнейшее послеоперационное распространение контрактуры на другие, ранее не затронутые пальцы кисти.

Рецидив контрактуры Дюпюитрена — это появление характерных узлов и тяжелой ладонной апоневроза на участке ранее выполненной операции. По клиническим проявлениям мы выделяем ранние и поздние рецидивы КД с дисфункцией пальцев кисти и без ее нарушения. Ранние рецидивы проявлялись в течение года после выполненной первой операции. К поздним рецидивам относили случаи возобновления (развития) патологического процесса позже года после проведенной ранее операции. Дальнейшее распространение КД — это появление характерных узлов (и тяжелой) в зонах, не подвергавшихся оперативному вмешательству.

По праву можно поставить вопрос: каковы же причины рецидивов и дальнейшего распространения КД? Где следует их искать — в хирургическом методе лечения или в самой болезни? Как полагают некоторые авторы [1, 3], то и другое являются следствием неустраненной общей причины, ведущей к развитию данной патологии. Однако с подобным заключением полностью согласиться нельзя, и в этом мы убедились при углубленном анализе нашего клинического материала. Всегда следует помнить, что продолжающееся воздействие факторов, на фоне которых происходит развитие этого заболевания, оказывает несомненное влияние на частоту рецидивов и дальнейшее распространение КД. Ранние рецидивы КД (до года после первой операции) возникали у больных, прооперированных врачами-хирургами или ортопедами-травматологами, не имевшими подготовки в

области хирургии кисти, и операциями были выполнены с нарушениями установок хирургии кисти. Иссечение ладонного апоневроза проводилось из линейных разрезов, и это не позволяло радикально иссекать патологически измененные участки апоневроза и приводило к ранним рецидивам, а иногда и в сочетании с дальнейшим распространением КД на другие пальцы.

При изучении отдаленных результатов операций у больных, прооперированных хирургами-ортопедами в отделении взрослой ортопедии КНИИТО в 1957—1969 гг. нами были выявлены плохие результаты (ранние рецидивы с нарушением функции пальцев) в 6 случаях после операций на 40 кистях. Все эти больные нуждались в повторных операциях. Ранние рецидивы наблюдали и другие авторы. Например, И. Н. Шинкаренко [2] при изучении архивного материала ЦИТО рецидив контрактуры отметил у 12 из 17 прооперированных, причем у большинства больных — в первый же год после операции.

В отделениях взрослой ортопедии и восстановительной хирургии КНИИТО за 20 лет (1957—1976) у 205 больных на 223 кистях выполнены следующие описанные в литературе операции: частичное или тотальное иссечение ладонного апоневроза, иссечение только проксимального его отдела или же проксимальной и средней частей. После этих операций рецидив КД и послеоперационное распространение нами выявлены в зависимости от метода иссечения в  $3,4 \pm 37,3\%$  случаев. Анализ примененных методов иссечения ладонного апоневроза у этих больных позволил заключить, что воспрепятствовать распространению КД в послеоперационном периоде, вытекающему из самого хирургического вмешательства, можно только путем усовершенствования способа операции.

Мы разработали новый метод, состоящий в частичном клиновидном иссечении средней части ладонного апоневроза с измененными и неизменными продольными тяжами I порядка дистальной части апоневроза с сохранением поперечных волокон на уровне пястно-фаланговых суставов. Объем хирургического вмешательства на ладони в первую очередь зависит от

обширности и распространенности патологического процесса на продольных тяжах апоневроза к пальцам. В зависимости от частоты поражения пальцев (наиболее часто в патологический процесс вовлекаются IV, а затем V, III, II, I пальцы), в основном показано иссечение продольных тяжей ладонного апоневроза к III—V пальцам (в 65,8% случаев по нашим наблюдениям), иногда к IV—V пальцам и намного реже — только перерожденного тяжа к одному из пальцев. Предложенный нами способ является профилактикой послеоперационного распространения контрактуры, так как предусматривает иссечение не только перерожденных, но и неизмененных продольных тяжей на ладони. Например, при контрактуре Дюпюитрена V или III пальца с учетом частоты поражения пальцев кисти показано профилактическое иссечение и неизмененного тяжа к IV пальцу. Необходимо указать, что этот способ не предупреждает распространение заболевания на фасцию тенара или гипотенара и на область I межпальцевого промежутка кисти. Следует особо подчеркнуть, что для выбора обоснованного объема хирургического вмешательства в каждом конкретном случае необходимо установить исчерпывающий (полный) диагноз у больных с КД с учетом обширности (распространенности) и симметричности поражения продольных тяжей апоневроза на обеих кистях.

Предложенный нами способ за 10 лет (1977—1986) применен у 397 больных на 558 кистях в специализированном отделении хирургии кисти. Изучение отдаленных исходов этих операций на сроках до 14 лет у 357 (89,9% прооперированных) показало, что плохими результаты были у 11 (2,4%) человек после операций на 461 кисти: в связи с поздним рецидивом — у 5, с распространением контрактуры на сроки позже года — у 3, с рубцово-сгибательной контрактурой пальцев — у 3. Позднее проявление рецидива и дальнейшее распространение контрактуры Дюпюитрена у 8 больных (из 11 плохих результатов) в этих случаях были связаны не с квалификацией оперирующего хирурга (больных оперировали в специализированном отделении хирургии кисти), а с предрасполагающей наследственной и сопутствующей (фоно-

вой) патологией: наследственная КД прослеживалась у 4 больных, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 3, болезнь Леддерхозе — у 4. Дополнительно установлены хроническая пневмония, стенокардия, хронический алкоголизм и шейный остеохондроз. Все эти больные до операции и после нее выполняли тяжелую физическую работу со статической нагрузкой на кисти.

Обязательное предоперационное обследование больных с контрактурой Дюпюитрена по специальной схеме позволяет нам выявлять у них сопутствующие (фоновые) заболевания органов брюшной полости и грудной клетки, наследственную КД, болезнь Леддерхозе, Пейрони, «надсуставные подушки» и различные вредные привычки, а также дает возможность даже прогнозировать исходы. Всегда следует помнить, что наследственная предрасположенность и сопутствующая фоновая патология у больных с КД могут повлиять на послеоперационный период.

Приводим схему обследования и заполнения истории болезни больного с КД. В ней должны быть отражены следующие данные: профессия (отмечается при поступлении), профессиональный анамнез больного по годам до обследования (права, левша), существуют ли вредные привычки (если курит, то как долго и сколько, если выпивает, то как часто и сколько), наследственность по КД. Следует обязательно проверить наличие болезни Леддерхозе, Пейрони, «надсуставных подушек» на тыле пальцев кисти, установить анамnestические и клинические наличие сопутствующих и перенесенных заболеваний (ИБС, инфаркт, ТВС, воспаление легких, плеврит, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденит, цирроз, гепатоз, хронический гепатит, холецистит, остеохондроз шейного отдела позвоночника, спондилез — клинические и рентгенологические проявления, сахарный диабет, эпилепсия, энцефалит, менингит, вибрационная болезнь). Необходимо выяснить, какие операции больной перенес ранее (на желудке, по поводу заболеваний легких, ранений грудной клетки и легких, операции на кисти и пальцах по поводу ранений, заболеваний и воспалительных процессов и др.), наличие в прошлом травм и ранений (головы, шеи, грудной клетки, плечевого пояса, предплечья, кистей, пальцев), чем занимается в быту (имеет машину, мотоцикл, лодку, сад, живет в частном доме, плотничает, столярничает), увлекается ли спортом (каким видом, как долго, наличие спортивных травм), является ли участником ВОВ (в каких частях, уточнить ранения, контузии и причины инвалидности), служил ли в армии (в каких частях).

При обследовании 500 больных с КД по разработанной нами схеме бо-

лезий органов пищеварения выявлены у 25% больных, желудка и двенадцатиперстной кишки (отдельно) — у 19,4%, органов дыхания — у 17,4%, туберкулез легких (отдельно) — у 4,2%, болезнь Леддерхозе — у 15%. Наследственная КД обнаружена в 14,9% случаев среди 435 мужчин, в 31,1% — среди 45 женщин и в 50% — среди 20 медицинских работников.

На основании полученных данных мы полагаем, что при сочетании двух или трех сопутствующих фоновых патологических процессов, да еще на фоне наследственной предрасположенности возможны наиболее частые проявления рецидивов и распространения КД в послеоперационном периоде. Из наблюдавшихся нами 8 больных с плохими результатами эти сочетания прослеживались у всех, а у одного пациента были выявлены следующие данные: КД у отца и брата, болезнь Леддерхозе обеих стоп, язвенная болезнь желудка с частыми обострениями, стенокардия и шейный остеохондроз. Все эти больные продолжали заниматься тяжелым физическим трудом и после операции, так как возможность смены ими профессии никем и никогда не рассматривалась.

Следует особо подчеркнуть, что операция по поводу КД пальцев кисти является весьма сложной, ювелирной, требует хорошей техники и знания топографической анатомии ладонной поверхности кисти. Все хирурги и

УДК 591.466 : 615.849.19

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ МАТКИ ПРИ ИХ ЛАЗЕРНОЙ «СВАРКЕ»

*Р. И. Габидуллина, В. И. Козлов, И. Ф. Фаткуллин, О. Н. Терман,*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Б. Г. Садыков)  
Казанского государственного медицинского университета,  
Государственный научный центр лазерной медицины  
(руководитель — чл.-корр. РАМН, проф. О. К. Скобелкин), г. Москва*

Лазерная «сварка» используется для соединения различных тканей — сосудов, кожи [1], трахеи [3], органов желудочно-кишечного тракта [2], семявыносящих протоков и мочеточников [4]. Вместе с тем теоретические и клинические аспекты применения лазерного шва, имеющие целью улучшение исходов оперативных вмешательств на матке, не изучены. Открытым остается и вопрос о глубине на-

ортопеды-травматологи должны признать наиболее целесообразным выявление КД в ранние стадии, когда оперативное вмешательство технически легче выполнить и оно дает лучшие результаты с наименьшим количеством дней нетрудоспособности, последующим восстановлением и сохранением полной трудоспособности больного.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусон М. В., Горидова Л. Д. // Ортопед. травматол.—1977.—№ 12.—С. 61—67.
2. Шинкаренко И. Н. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее лечение с применением гиалуронидазных препаратов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1961.
3. Kartik I. // Acta Chirurgia Plast.—1963.—Vol. 4.—P. 271—277.

Поступила 27.04.94.

### REASONS AND PREVENTION OF REPEAT OPERATIONS IN DUPUYTREN'S CONTRACTURE OF FINGERS

*I. E. Mikusev*

#### Summary

Based on the results of the operative treatment of patients with Dupuytren's contracture of fingers (more than 1000 operations) in general surgical and traumatologic departments of hospitals, as well as in the specialized department, it is established that the most often reason for the repeat operations is deficient skill of surgeons performing the first intervention. It is appropriate to reveal Dupuytren's contracture at the beginning when the operative intervention is more easily fulfilled. The operative intervention is more efficient in the specialized department.

рушений тканевой гемодинамики и жизнеспособности тканей в различных слоях матки, а также на протяжении от края разреза.

Цель настоящего исследования — выявить состояние микроциркуляции в стенке матки сразу же после наложения «сварного» шва, а также ее динамику при развитии воспалительной реакции на этапах репаративного процесса.