**Паспортная часть**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 58 лет

Дата поступления в больницу: 04.03.2014

Пол: мужской

Гражданство: гражданин РБ

Профессия: зубной техник

**I. Жалобы больного**

 Жалобы на момент поступления: нарушение функции разгибания/сгибания 4-5 пальцев правой кисти.

Жалобы на момент курации: нарушение функции разгибания/сгибания 4-5 пальцев правой кисти.

**II. Анамнез жизни**

Родился в срок. Рос и развивался согласно возрасту.

Простудные, болезнь Боткина, вирусный гепатит, туберкулез, сифилис, ВИЧ отрицает.Операций не было.

Травм и переломов не было.

Гемотрансфузий не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

**III. Течение заболевания**

 Со слов пациента болен около 2х лет. Травм не получал. Переломов в течении 2х лет не было. Заболевание началось постепенно,нарушались функции сгибания/разгибания 4-5 пальцев правой кисти, заболевание прогрессировало,в итоге пальцы согнуты под 90 градусов, пациент не может разогнуть 4-5 палец, в течение двух лет не лечился. Обратился в Миорскую ЦРП, был выставлен диагноз Болезнь Дюпюитрена, где был направлен в плановом порядке в ВОКБ отделение травматологии.

**IV. Данные объективного исследования**

 На момент курации (06.03.13):

**Общее состояние**: удовлетворительное

**Сознание**: ясное

**Телосложение**: правильное, рост 178, вес 70 кг

**Кожные покровы**: обычной окраски, кожной сыпи нет, кожного зуда нет, отеков, пастозности нет.

**Видимые слизистые**: без изменений

**Лимфоузлы**: не изменены

**Органы кровообращения**

**Пульс** 70 ударов в мин., ритмичный

**Артериальное давление** 120/80 мм рт. ст.

**Тоны сердца**: ясные, ритмичные, шумов нет.

**Органы дыхания**

**Число дыханий** 16 в минуту.

**Перкуторно**: звук ясный легочной с обеих сторон.

**Дыхание:** везикулярное с обеих сторон, хрипов нет.

**Органы пищеварения**

**Рвота**: нет

**Язык**: влажный не обложен.

**Зев:** не гиперемирован.

**Печень**: не увеличена.

**Желчный пузырь**: не определяется

**Живот**: мягкий, безболезненный.

**Стул**: ежедневный, обычный.

**Мочеиспускание**: свободное, безболезненное, диурез в норме.

**V. Локальный статус на день курации**

 Положение больного активное. Кожные покровы бледно-розового цвета, теплые, отека нет. Под кожей ладони появились узелки, уплотнения и тяжи. Пальцы правой кисти, которые ими стянуты,мизинец и безымянный, не разгибаются,согнуты под 90 градусов. Их чувствительность снижена.

**VI. Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного (на момент поступления нарушение функции разгибания/сгибания 4-5 пальцев правой кисти), на основании течения заболевания (со слов пациента болен около 2х лет. Травм не получал. Переломов в течении 2х лет не было. Заболевание началось постепенно,нарушались функции сгибания/разгибания 4-5 пальцев правой кисти, заболевание прогрессировало,в итоге пальцы согнуты под 90 градусов, пациент не может разогнуть 4-5 палец, в течение двух лет не лечился. Обратился в Миорскую ЦРП, был выставлен диагноз Болезнь Дюпюитрена, где был направлен в плановом порядке в ВОКБ отделение травматологии.), на основании локального статуса( положение больного активное. Кожные покровы бледно-розового цвета, теплые, отека нет. Под кожей ладони появились узелки, уплотнения и тяжи. Пальцы правой кисти, которые ими стянуты,мизинец и безымянный, не разгибаются,согнуты под 90 градусов. Их чувствительность снижена)

Можно поставить предварительный диагноз:

Болезь Дюпюитрена 4-5 пальцев правой кисти.

**VII. Результаты лабораторного и других специальных методов обследования.**

1. Лабораторные исследования:

Общий анализ крови от 4.03.2014

 эритроциты - 5,0 х 1012/л

 гемоглобин - 165 г/л

 лейкоциты – 6,5х 109/л

 палочкоядерные - 4%

 сегментоядерные - 70%

 лимфоциты - 18%

 моноциты - 6%

 эозинофилы.-2%

 СОЭ - 6 мм/час

Заключение: анализ в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 4.03.2014

 цвет - соломенно-желтый

 реакция - кислая

 удельный вес - 1015

 прозрачность - прозрачная

 белок – нет

 сахар - нет

 эпителий - 1-2 в поле зрения

 лейкоциты –2-3 в поле зрения

Заключение: анализ в пределах нормы.

Группа крови по системе АВО:

 AВ(4), Rh+

Биохимический анализ крови от 4.03.2014

Общий белок - 73 г/л

Глюкоза – 4,0 ммоль/л

Общий билирубин 14,5 мкмоль/л

Мочевина - 5,2 ммоль/л

Заключение: анализ в пределах нормы

Коагулограмма 5.03.2013

АЧТВ - 28 сек.

ПТИ -1,04

Фибриноген А -3,2 г/л.

1. ЭКГ 4.03.2014 Ритм синусовый 65 в мин., нормальное положение ЭОС.

**VIII. обоснование диагноза:**

На основании жалоб больного (на момент поступления нарушение функции разгибания/сгибания 4-5 пальцев правой кисти), на основании течения заболевания (со слов пациента болен около 2х лет. Травм не получал. Переломов в течении 2х лет не было. Заболевание началось постепенно,нарушались функции сгибания/разгибания 4-5 пальцев правой кисти, заболевание прогрессировало,в итоге пальцы согнуты под 90 градусов, пациент не может разогнуть 4-5 палец, в течение двух лет не лечился. Обратился в Миорскую ЦРП, был выставлен диагноз Болезнь Дюпюитрена, где был направлен в плановом порядке в ВОКБ отделение травматологии.), на основании локального статуса( положение больного активное. Кожные покровы бледно-розового цвета, теплые, отека нет. Под кожей ладони появились узелки, уплотнения и тяжи. Пальцы правой кисти, которые ими стянуты,мизинец и безымянный, не разгибаются,согнуты под 90 градусов. Их чувствительность снижена). Результаты лабораторных данных в пределах нормы.

Можно поставить окончательный диагноз:

Болезь Дюпюитрена 4-5 пальцев правой кисти.

**IX. Лечение**

Ление в стационаре:

05.03.2014 Была проведена операция: Частичное иссечение измененных тяжей ладонного апоневроза на ладони и на пальцах.

Пациент получал далее консервативное лечение:

Р-р цефепим 2,0 мл в/в 2 раза в день

Р-р кеторолак 2,0 мл в/м 3 раза в день

Таб. Омепразол 20 мг внутрь 2 раза в день

**Лечение контрактуры Дюпюитрена(реферат)**

1. **Частичное иссечение измененных тяжей ладонного апоневроза на ладони и на пальцах**

Хирургическое вмешательство при этой методике иссечения ладонного апоневроза (перерожденных тяжей его) включа­ет локальное вмешательство в пределах здоровых участков ладонного апонев­роза. Как правило, иссечение ладонного апоневроза хирургами производится, начиная с проксимальной части с переходом на пальцы, причем не только про­дольных и вертикальных тяжей (перегородок), но и поперечных волокон ладон­ного апоневроза в дистальной части кисти.

Оперативные вмешательства этим больным в основном проводятся под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина.

Кожные разрезы на ладони делаются полуовальные или S-образные с переходом на палец (по показаниям) продольным разрезом по локтевому или лучевому краю пальца (пальцев). При наличии дефицита кожи на ладони размерами 1,5x2 см и более проводилась свободная кожная пластика полнослойным перфорированным лоскутом с предплечья или лоскутная кожная пластика на ножке с передней брюшной стенки. Однако, ВСЕ случаи выполнения данного вмешательства закончились неудачей, т.к. в итоге функция кисти после операции не улучшается.

Частичное иссечение только измененных участков ладонного апо­невроза при контрактуре Дюпюитрена у всех больных в послеоперационном пе­риоде может привести к распространению патологического процесса на другие оставшиеся тяжи, особенно на тяжи ульнарного края апоневроза. Такое же рас­пространение на тяжи ульнарного края с последующим развитием контрактуры пальцев возможно даже после экзартикуляции пальца в пястнофаланговом сус­таве. При послеоперационном распространении патологического процесса про­явление распространения заболевания по частоте поражения пальцев идет как и при клиническом проявлении контрактуры Дюпюитрена в типичной убываю­щей последовательности, характерной для этой патологии: IV палец, затем V па­лец, далее III палец, II палец и I палец. Следует помнить также, что послеопераци­онное распространение контрактуры Дюпюитрена у некоторых больных может сочетаться с рецидивом заболевания.

Итак, частичное иссе­чение только измененных тяжей ладонного апоневроза в пределах здоровых тканей позволяет сделать заключение, что в каждом конкретном случае необходи­мо избрать обоснованный для данного больного объем хирургического вмеша­тельства (иссечения ладонного апоневроза). Поэтому хирургу следует помнить и предвидеть прогноз оперативного вмешательства у каждого больного, а для этого необходимо тщательное обследование больного до операции и установле­ние полного диагноза.

**^ 2. Тотальное иссечение апоневроза на ладони и измененных тяжей на пальцах**

Оперативные вмешательства (иссечение ладонного апоневроза) проводи­лись, начиная с проксимальной части кисти, т.е. от карпальной связки, после чего наступало полное обнажение всего подапоневротического пространства (анатомически важных для кисти образований, расположенных под ладонным апоневрозом).

Операции проводились под местной инфильтрационной анестезией при обес­кровливании операционного поля на плече или предплечье, а также под внутривенной анес­тезией 2% новокаином или микстом (5% раствор новокаина в сочетании с белко­вым раствором), или местной анестезией 0,5% раствором новокаина.

Для тотального иссечения ладонного апоневроза в основном применяются разрезы по Дэвису (разрез проходит по проксимальной и дистальной ладонным складкам, и иссечение апоневроза проводится из-под кожного лоскута-мости­ка). На пальцах проводились Г-образные разрезы. Дефекты кожи устраняются свободной кожной пластикой толстыми расщепленны­ми лоскутами (толщиной 0,7 мм) или же полнослойным перфорированным кож­ным лоскутом, чаще на «зияющую» рану ладони, которая возникала после уст­ранения контрактуры пальцев. На отдаленных сроках эта обширная операция не предупреждает рас­пространения патологического процесса на неиссеченные тяжи апоневроза на IV-V пальцах, на фасцию тенара и гипотенара, а также рецидивы заболевания, несмотря на радикальность самой операции, так как полностью удаляется ана­томический субстрат контрактуры Дюпюитрена.

Рецидивы контрактуры Дюпюитрена на пальцах возможно и не связаны с объемом иссечения апоневроза на ладони, а техническими погрешностями по ходу операции, т.е. нерадикальностью иссечения пораженных тяжей II порядка в пределах пальца.

Как показывают множество клинических наблюдений, период восстановления фун­кции оперированной кисти после тотального иссечения ладонного апонев­роза занимает длительное время, что указывает на важнейшие функции это­го анатомического образования для кисти и подсказывает о нецелесообраз­ности выполнения данной операции у больных с контрактурой Дюпюитрена пальцев кисти.

**^ 3. Иссечение верхушки - проксимальной части ладонного апоневроза и измененных тяжей на пальцах.**

Иссечение только верхушки - проксимальной части ладонного апоневроза (или трапециевидного лоскута в конусе ладонного апоневроза) проводятся под внутривенной местной анестези­ей новокаином или микстом. Кожные разрезы делаются по проксимальной ладон­ной складке длиной до 4-х см или же поперечные разрезы между возвышениями тенара и гипотенара. Для удобства иссечения проксимальной части ладонного апоневроза эта поперечная рана дополнительно расширялась по углам кверху и книзу. На пальцах – Г-образные разрезы. Причем всем больным пос­ле иссечения ТОЛЬКО верхушки апоневроза, через две недели со дня операции (т.е. после снятия кожных швов) на дистальную часть ладонного апоневроза - на об­ласть оставшихся узлов и тяжей рекомендовано проводить ультразвуковую терапию (12 сеансов в дозировке 0,6-0,8 вт/см2 ежедневно).

Однако, как показывается большинством клинических наблюдений, в течение года и позже пос­ле иссечения только проксимальной части апоневроза и дополнительной ультразвуковой терапии на дистальный отдел ладонной поверхности кисти наблюда­ется дальнейшее распространение патологического процесса на продольные тяжи дистального отдела апоневроза и далее на пальцы. Это можно объяснить тем, что после подобной операции сохраняются участки ладонного апоневроза, излюбленно поражаемые патологическим процессом - продольные тяжи ульнарного края в дистальном отделе ладонного апоневроза.

Хотя методика иссечения трапециевидного лоскута в конусе ладонного апо­невроза предлагается для практических врачей во всех 3-х изданиях в книге Е.В.Усольцевой и К.И.Машкара «Хирургия заболеваний и повреждений кисти» и эти авторы отмечают преимущества метода, так как, по мнению авторов, прово­дится иссечение зон повышенной афферентной иннервации ладонного апоневро­за, тем не менее, наблюдения не подтверждают высокую эффективность этого метода. Этот способ является самым малотравматичным среди радикальных эффективных способов операций, сокращает сроки восстановления трудоспособности в послеоперационном периоде за счет более раннего восста­новления функции пальцев оперированной кисти, особенно после иссечения только проксимальной части ладонного апоневроза. Однако всегда следует помнить, что после этой операции сохраняется кроме средней части ладонного апоневроза и дистальный отдел его с продольными тяжами, на которых и начинается патоло­гический процесс, чаще в ульнарном крае апоневроза - на тяжах к IV-V пальцам. Более того, по мнению автора, предложившего этот метод (П.Д.Топалов, 1954), эта операция позволяет выключить функцию пораженных пучков ладонного апоневроза, вызвав этим атрофию от бездействия, а также выключить поток патоло­гических импульсов в центральную нервную систему и ответные вегетодистрофические реакции. Как показали клинические наблюдения, даже после проведения этой операции в сочетании с ультразвуковой терапией в послеоперационном периоде на дистальный отдел ладонного апоневроза – на область патологического очага – наблюда­ется прогрессирование заболевания, требующее повторного вмешательства.

**^ 4. Иссечение проксимальной и средней частей ладонного апоневроза и измененных тяжей на пальцах.**

Все операции по этой методике проводятся под внутривенной местной анес­тезией новокаином. Разрезы для иссечения проксимальной и средней частей ла­донного апоневроза имеют форму цифры 7, т.е. разрез начинался от карпальной связки и продолжался по ходу проксимальной ладонной складки в лучевую сто­рону кисти до дистальной ладонной складки и далее по ходу дистальной ладон­ной складки переходил под углом на локтевой край кисти. Таким образом, обра­зующийся при этом разрезе лоскут отсепаровывался и иссекались проксимальная и средняя части ладонного апоневроза. При наличии контрактуры пальца в пястнофаланговом суставе под углом до 160° контрактура пальца после этого вмеша­тельства всегда устранялась и обычно этим ограничивались, если патологические ткани на ладони не оставались и не пальпировались. При наличии остающихся тяжей и узелков их обычно легко удается иссечь после отсепарования кожи на ладони по нижнему краю раны в дистальном направлении. Однако при контрак­туре пальца (пальцев) в проксимальном межфаланговом суставе всегда проводится дополнительный Г-образный разрез на пальце, но этот разрез никогда не со­единяется с разрезом на ладони и таким образом иссечение перерожденного тяжа на пальце проводилось из-под кожного мостика-туннеля, что технически пред­ставляет значительные трудности. При таком способе иссече­ния ладонного апоневроза из-под кожного мостика по ходу операции относительно часто повреждаются пальцевые нервы. После иссечения перерожденных тяжей на пальцах из Г-образных разрезов, при возникшем дефиците кожи на пальце производится свободная кожная пластика лоскутом из предплечья или же «излишком» кожи, возникающем после иссечения тяжа на пальце из-за того, что кожа по объему (в поперечном направлении пальца увеличивается из-за «нароста» тканей – «плюс-ткань»), а в продольном направлении кожа пальца находится в состоянии контрак­ции в положении сгибания.

**1. Подготовка к операции:**

* Обескровливание:
Операцию проводят на обескровленной руке, чтобы гарантировать оптимальные условия видимости и ограничить опасность повреждения важных структур (нервов, кровеносных сосудов, сухожилий).
Оперируемую руку оборачивают резиновым бинтом и на время операции пережимают в плече манжетой под давлением.
* Дезинфекция кожи и покрытие стерильной тканью:
Чтобы избежать инфекции, кожу дезинфицируют, а поле операции покрывают стерильной тканью.
* Увеличительные очки:
Операцию проводят с применением увеличительных очков, помогающих хорошо различать и тем самым оберегать важные функциональные структуры руки.

**2. Последовательность проведения операции:**

* Нанесение линии разреза (рис. 4)



* Кожный разрез
* Осторожное препарирование кожи как можно толще, чтобы не повредить ее кровоснабжение и избежать некроза (омертвения участков кожи).
* Отделение болезненно измененного ладонного апоневроза на высоте запястья.
* Удаление ладонного апоневроза в направлении от запястья к пальцам с постоянным высвобождением сосудисто-нервного пучка, ведущего к пальцам.
* В области пальцев препарирование сосудисто-нервного пучка сложнее, хотя нервы при первичной операции не сращены с тяжами, но они могут ими спиралевидно обвиты (т. н. Iselin-нерв).
* Контрактуры, в большинстве случаев средних суставов, изчезают, как правило, после иссечения рубцовых тяж сами или под давлением. Иногда необходимо оперативное выпрямление сустава, в зависимости от тяжести контрактуры.
* После удаления контрактурных тканей перепроверяется целостность сосудисто-нервного пучка.
* Успех операции можно проверить визуально и на ощупь.
* Прокладка дренажа по методу Редона для отвода послеоперационного кровотечения, чтобы избежать возникновения гематом в области ладони.
* Удаление обезкровливающей манжеты, остановка кровотечения сначала давлением на рану, затем электрокоагуляцией (прижиганием) еще кровоточащих сосудов.
* Наложение шва
* Давящая повязка со стальной ватой
* Иммобилизация с помощью гипсовой шины

**Послеоперационное лечение**

* После операции пациент возвращается домой, его незагипсованные суставы должны оставаться в движении, но не перетруждаться.
* 1-ый день после операции: контроль гипса и мягких тканей, по-возможности удаление дренажа Редона (или на 2-ой, 3-ий день после операции).
* 5-7-ой день после операции: снятие гипсовой шины и смена повязки, начало физио- и эрготерапии (ежедневно!).
* 14-ый день после операции: смена повязки и снятие швов.
* Через один день после снятия швов повязка больше не нужна. Начало проведения регулярных (3-4 раза в день) упражнений в холодной воде (при необходимости добавляют лед). Холод снимает опухоль и боль. Пациенты, которые не переносят холод, берут теплую воду.
* Через пять дней после снятия швов начинают лечение послеоперационного рубца. В рубец втирают 4-5 раз в день мазь календулы (или другие жирные мази), он смягчается, становится эластичным, менее болезненным и чувствительным. Также помогает похлопывание рубца, например, мягкой щеткой.
* Длительность нетрудоспособности пациента составляет, как правило, 4-6 недель.

**Процесс заживания после операции**

После выхода на работу и окончания курса физио- и эрготерапии пациент должен дальше самостоятельно выполнять выученные упражнения в течение нескольких недель и даже месяцев, чтобы избежать возникновения рубцовых контрактур. Если ему было предписано ношение вытягивающей шины, то он должен носить ее дальше и только через несколько недель, если не будет замечено никаких изменений в области рубца, ее можно надевать реже и затем совсем не носить.
Отрицательные ощущения в послеоперационном рубце в значительной степени исчезают после первых 6-8 недель, после 3-6 месяцев пациенты больше не жалуются на боль в рубце. Однако только после 12-ти месяцев можно сказать, что рубец полностью зажил.

*Мое отношение к лечению пациента*: с произведенным лечение в стационаре согласна, лечение оказано квалифицированными работниками, новое оборудование.

**X. ДНЕВНИК**

5.03.14

Состояние удовлетворительное. Т 36,6⁰С АД 130/85 мм рт. ст. Жалобы на слабые боли в левом голеностопном суставе. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧД 16 в мин.

Cor тоны ясные, ритмичные. Ps 70уд. в мин., удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме.

St.Localis:умеренная боль по ходу п/о раны.

06.03.14

Состояние удовлетворительное. Т 36,6⁰С АД 120/80 мм рт. ст. Жалобы на слабые боли в левом голеностопном суставе. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧД 15 в мин.

Cor тоны ясные, ритмичные. Ps 72 уд. в мин., удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме.

St.Localis: умеренная боль по ходу п/о раны.

07.03.2014

Состояние удовлетворительное. Т 36,6⁰С АД 135/80 мм рт. ст. Жалобы на слабые боли в левом голеностопном суставе. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧД 16 в мин.

Cor тоны ясные, ритмичные. Ps 68 уд. в мин., удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме.

St.Localis: умеренная боль по ходу п/о раны.

**ЭПИКРИЗ**

Пациент Мордвин Вячеслав Иванович,58 лет, поступил в плановом порядке в травматологическое отделение УЗ «ВОКБ» 4.03.14 с диагнозом: болезнь Дюпюитрена 4-5 пальцев правой кисти. Жалобы на момент поступления: нарушение функции разгибания/сгибания 4-5 пальцев правой кисти. Течение заболевания: со слов пациента болен около 2х лет. Травм не получал. Переломов в течении 2х лет не было. Заболевание началось постепенно,нарушались функции сгибания/разгибания 4-5 пальцев правой кисти, заболевание прогрессировало,в итоге пальцы согнуты под 90 градусов, пациент не может разогнуть 4-5 палец, в течение двух лет не лечился. Обратился в Миорскую ЦРП, был выставлен диагноз Болезнь Дюпюитрена. Локальный статус на день курации**:** Положение больного активное. Кожные покровы бледно-розового цвета, теплые, отека нет. Под кожей ладони появились узелки, уплотнения и тяжи. Пальцы правой кисти, которые ими стянуты,мизинец и безымянный, не разгибаются,согнуты под 90 градусов. Их чувствительность снижена.

Был выставлен диагноз: болезнь Дюпюитрена 4-5 пальцев правой кисти. Пациенту проведено следующие оперативное лечение: 05.03.2014 Частичное иссечение измененных тяжей ладонного апоневроза на ладони и на пальцах. Пациент получал далее консервативное лечение:

Р-р цефепим 2,0 мл в/в 2 раза в день

Р-р кеторолак 2,0 мл в/м 3 раза в день

Таб. Омепразол 20 мг внутрь 2 раза в день

Пациент был выписан 07.03.2014.

Рекомендации: следить за п/о раной и за восстановлением функций 4-5 пальца правой кисти; делать регулярные упражнения пальцами: увеличить амплитуду движения пальцев, производить сгибание и разгибание.

Прогноз для пациента благоприятный.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Диваков М.Г. Повреждения кисти и их лечение. Витебск,ВГМУ, 1994г.
2. Травматология и ортопедия под редакцией Г.С. Юмашева, 1990 г. (
3. Диваков М.Г. Курс лекций по травмотологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Витебск, ВГМУ, 2001 г.