УДК 617.587-089

ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КИСТИ

© *Елена Егоровна Рассол*

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 18

Контактная информация: Елена Егоровна Рассол — врач хирург Центра амбулаторной хирургии кисти СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №37». E-mail: poliklinika37@mail. ru

РЕЗЮМЕ: Первостепенное значение кисти в жизни человека побуждает медиков с особым вниманием относиться к профилактике и лечению её патологических состояний. Больные с заболеваниями кисти редко минуют лечебные учреждения внебольничной сети: одни проходят здесь весь курс лечения, другие в поликлиниках заканчивают лечение после стационара. Городской центр хирургии кисти (ГЦХК) был организован при поликлинике № 37 в 1965 году по инициативе широко известного специалиста в области хирургии кисти профессора Усольцевой Е. В. Задачи ГЦХК — оказание специализированной консультативной и оперативной помощи пациентам с заболеваниями кисти. Центр обслуживает население Санкт-Петербурга и Ленинградской области. За более чем полувековую историю в Центре разработаны методики по оперативному лечению не только гнойно-септических заболеваний кисти, требующих срочной медицинской помощи, но и дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти, таких как стенозирующие лигаментиты пальцев, болезнь де Кервена — стеноз первого запястного тыльного канала, контрактура Дюпюитрена, синдром карпального канала, теносиновиты сгибателей и разгибателей кисти. На базе Центра также оперируют опухоли и опухолевидные образования кисти и последствия травм кисти, по поводу которых раньше пациенту приходилось обращаться в круглосуточный специализированный стационар. В данной статье обобщен опыт многолетней деятельности Городского центра хирургии кисти, как одной из форм стационарзамещающей технологии, и имеющего высокую востребованность среди населения города и области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Городской центр хирургии кисти; оперативное лечение заболеваний кисти; дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти; опухолей и опухолевидных образований кисти; последствия травм кисти.

EXPERIENCE OF CITY OUTPATIENT SURGERY CENTER

© *Elena E. Rassol*

SPb «City polyclinic № 37». Pravdy str., 18, Saint-Petersburg, Russia, 191126

Contact information: Elena E. Rassol — surgeon of the City Center of outpatient upper extremity surgery of Saint-Petersburg «City polyclinic № 37». E-mail: poliklinika37@mail. ru

ABSTRACT: The primary importance of the hand in human life encourages physicians to pay special attention to the prevention and treatment of its pathological conditions. Patients with hand diseases rarely pass medical institutions of the community: some are here to take the whole course of treatment, the others in clinics finish the treatment after their hospitalization. City center surgery was organized on the basis of the clinic number 37 in 1965 by the initiative of a well-known specialist in the field of hand surgery Professor E. V. Usoltsev. The Center tasks are to provide specialized consultative and operative assistance to the patients with hand diseases. The center works for the population of St.-Petersburg and Leningrad region. For more than half a century of history there were developed the techniques for the surgical treatment not only of purulent-septic diseases of the hand, requiring immediate medical assistance, but also degenerative diseases of the hand such

as constrictive legalentity fingers, de quervain disease — stenosis of the first carpal rear channel, Dupuytren's contracture, carpal tunnel syndrome, tenosynovitis of the flexor and extensor muscles of the hand. Tumors and tumor formations of the hand and the consequences of hand injuries are also operated on the basis of the Center, while previously the patient had to go to a round-the-clock specialized hospital. This article summarizes the experience of many years of activity of the city center of hand surgery as one of the forms of hospital-substituting technology, that has a high demand among the population of the city and the region.

KEY WORDS: city center of hand surgery; surgical treatment of hand diseases; degenerative-dystrophic diseases of the hand; tumors and tumor formations of the hand; the consequences of hand injuries.

Активная оперативная деятельность Городского центра хирургии кисти (ГЦХК) началась с 1975 года. В первые годы работы Центр уделял большое внимание лечению и реабилитации больных с гнойными заболеваниями кисти, в основном, с осложненными формами — артритами, остеоартритами, гнойными тендовагинитами и пандактилитами. В этой группе прооперировано 863 человека. С целью выявления причин, приводящих к возникновению осложнённых форм гнойной инфекции кисти, был проведён углублённый анализ результатов реабилитации этой группы больных, направленных на лечение в ГЦХК из поликлиник и стационаров города. В результате этой работы были выявлены типичные упущения и ошибки в профилактике и лечении гнойных заболеваний кисти. Результаты этого анализа неоднократно докладывались на научно-практических конференциях и лекциях для врачей поликлиник. Они изложены в монографии «Хирургия заболеваний и повреждений кисти», третье издание которой под редакцией профессора Е.В. Усольцевой вышло в 1986 году [2]. После открытия больницы им. Софьи Перовской для лечения гнойно-септических заболеваний все силы в ГЦХК были сосредоточены на оперативном лечении заболеваний кисти. За период с 1980 года по 2017 было выполнено 9827 операций.

Операции, проводимые в ГЦХК, условно разделены на три группы. Первая группа самая многочисленная, она составляет 64% от общего количества операций. В этой группе сделано 6289 операций. Сюда относятся операции, сделанные по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний кисти. Таковыми являются:

- стенозирующие лигаментиты пальцев;
- болезнь де Кервена — стеноз первого запястного тыльного канала;
- контрактура Дюпюитрена;
- синдром карпального канала;
- теносиновиты сгибателей и разгибателей кисти.

При стенозирующих лигаментитах пальцев проводится открытая лигаментотомия, так как консервативное лечение большинство пациентов получают в поликлинике по месту жительства, при отсутствии положительного результата они направляются в ГЦХК для оперативного лечения. Эта операция малотравматична, её можно делать в любом возрасте. В настоящее время она проводится через два небольших разреза и в большинстве случаев даёт быстрый положительный эффект. Многие из этой группы имеют более 2–3 оперированных пальцев, а отдельные пациенты до 6–8. Сделано таких операций 3201, что составляет 50,9% от операций, сделанных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Болезнь де Кервена — стеноз I запястного тыльного канала, в котором проходят два сухожилия для первого пальца. Причина этого заболевания — перегруз, он может быть на рабочем месте и дома. Среди пациентов с данной патологией 90% женщины. Консервативное лечение этого заболевания часто неэффективно, оперативное лечение всегда даёт стойкий положительный результат. Операция заключается в декомпрессии I запястного тыльного канала, что достигается рассечением связки канала, теносиновэктомией сухожилий для первого пальца, иссечением дополнительной связки и спаек. Операций по поводу болезни де Кервена сделано 572, что составляет 9,1% от операций данной группы.

Контрактура Дюпюитрена — это хроническое прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, сопровождающееся сгибательной контрактурой пальцев, что ведёт к ограничению функций кисти. Это заболевание чаще встречается у мужчин, в большинстве случаев поражает обе кисти. Контрактура Дюпюитрена — это мультифакторное заболевание. Предложены разнообразные теории её генеза, но ясности в этом вопросе до настоящего времени нет. Большинство отечественных и

зарубежных врачей отдают предпочтение хирургическим методам лечения, отмечая при этом, что оперативное лечение более эффективно на ранних стадиях. Вопрос о преимуществах тех или иных доступов при оперативном лечении контрактуры Дюпюитрена и по сей день является предметом обсуждения, от выбора доступа зависит не только радикальность вмешательства, но порой и окончательный исход лечения.

В ГЦХК разработан и широко применяется метод частичной апоневрэктомии с иссечением зон повышенной афферентной иннервации и открытым ведением послеоперационных ран [1, 2]. Предпочтение отдается поперечным разрезам на ладони и пальцах, которые не ушиваются, при возможности накладываются сближающие швы. При контрактуре Дюпюитрена с наличием артрогенных контрактур, когда кожные покровы на кисти сморщены и утолщены, поперечные раны позволяют вывести пальцы из порочного положения. Этот метод помогает устранить ишемию кисти, возникновение осложнений и рецидивов позволяет назначить ЛФК в ранние сроки. Иммобилизация применяется редко. Результат операции зависит не только от хирурга, но и от самого пациента, так как огромное значение имеет лечебная физкультура, которую мы назначаем на 4-й день после операции. Её нужно делать ежедневно, упорно, преодолевая боль. Все больные с контрактурой Дюпюитрена оперированы по этому методу, но во всех случаях операция носит индивидуальный характер, так как учитывается возраст пациента, состояние общего здоровья, распространённость процесса, степень сгибательной контрактуры пальцев.

Наиболее благоприятные исходы операций наблюдаются при переходе первой степени заболевания во вторую, кода начинается ограничение объема разгибания пальцев и нет выраженных артрогенных контрактур. В этом состоянии тяжи контрактуры расположены только на ладони. Позднее обращение за медицинской помощью приводит к необходимости прилагать большие усилия для лечения и реабилитации этой категории больных. Необходимо раннее выявление контрактуры Дюпюитрена и наблюдение за данными пациентами для своевременного оперативного вмешательства. В этой группе сделано 2056 операций, что составляет 32,7%.

Синдром карпального канала — это полиэтиологическое заболевание, обусловленное склеропатическими процессами в связочном аппарате запястного канала, в синовиальных влагалищах сгибателей пальцев. При этом развивается компрессионная ишемия срединного нерва, проходящего в запястном канале вместе с сухожилиями. Заболевание проявляется чаще у женщин в период менопаузы. Длительное лечение у неврологов, блокады с гормональными препаратами даёт временный эффект или просто не помогает. Оперативное лечение — декомпрессия карпального канала даёт стойкий положительный результат при отсутствии необратимых изменений в самом срединном нерве. Перед операцией обязательна электронейромиография и УЗИ срединного нерва. В этой группе оперированы 132 человека, что составляет 2,1%.

При теносиновитах сгибателей и разгибателей кисти и пальцев происходят дистрофические изменения в синовиальных оболочках сухожилий, что вызывает болевые ощущения и приводит к ограничению функций кисти. Консервативное лечение часто не даёт положительного результата. Поэтому радикальным способом лечения является операция — теносиновэктомия. В этой группе оперировано 459 человек, что составляет 7,3%.

Вторая группа оперативных вмешательств — это операции по поводу опухолей и опухолевидных образований кисти. В этой группе сделано 2978 операций, что составляет 30,3% от общего количества операций. Опухоли могут образовываться из любых тканей кисти. Первое место занимают опухоли из сосудистой ткани — гемангиомы. Наибольший интерес представляет редко встречающаяся гломусная опухоль, по имени описавших её авторов называемая опухолью Барре-Массона (1924 г.). Под этим названием известно сосудистое образование, развивающееся из артериовенозных анастомозов — гломусных клубочков. Гломусные опухоли локализуются преимущественно на дистальных фалангах пальцев в области ногтевого ложа. Важнейший симптом этой опухоли — сильнейшая боль в пальце, которая может иррадиировать в шейный отдел позвоночника. В ГЦХК оперировались пациентки, которых мучили эти боли от нескольких лет до 15. За все годы было прооперировано 45 пациенток с этим диагнозом. По поводу опухолей кисти оперировано 1828 человек, что составляет 61,4%.

К опухолевидным образованиям относятся гигромы и сухожильные ганглии. Это — кистовидные образования, возникающие вследствие дистрофических процессов в синовиальной оболочке суставной капсулы или сухожильном влагалище. В настоящее время обращает на

себя внимание тот факт, что гигромы и ганглии чаще появляются у молодых людей, преимущественно женского пола, которые много часов проводят за компьютером. Консервативное лечение даёт до 90% рецидивов. Радикальное лечение — это операция. По поводу опухолевидных образований кисти оперированы 1150 человек, что составляет 38,6%.

Третья группа оперативных пособий — это операции по поводу последствий травм кисти. В этой группе сделано 560 операций, что составляет 5,7% от общего количества. В основном они сводятся к удалению инородных тел, формированию трудоспособных культей, устранению рубцовых контрактур.

Многолетняя активная оперативная деятельность ГЦХК доказывает, что успешное лечение заболеваний кисти может осуществляться в амбулаторных условиях. С накоплением опыта неоднократно менялись объём и способы оперативных вмешательств. При этом работа Центра строится на основных принципах, справедливость которых доказана временем. Среди них:

1. индивидуальный подход к каждому пациенту;
2. бережное отношение к структурам кисти во время операции;
3. широкое применение криотерапии;
4. минимальное использование иммобилизации;
5. раннее назначение лечебной гимнастики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рассол Е.Е., Усольцева Е.В. Опыт паллиативного оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена. Вестник хирургии. 1986; N 2: 37–42.
2. Усольцева Е.В., Мошкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.: Медицина; 1986.

REFERENSIS

1. Rassol E.E., Usol’ceva E.V. Opyt palliativnogo operativnogo lecheniya kontraktury Dyupyuitrena. [The experience of palliative surgical treatment of Dupuytren’s contracture]. Vestnik hirurgii. 1986; N 2: 37–42. (in Russian).
2. Usol’ceva E. V., Moshkara K.I. Hirurgiya zabolevanij i povrezhdenij kisti. [Surgery of diseases and injuries of the hand]. L.: Medicina; 1986. (in Russian).