



ZAMONAVIY TIBBIYOTDA DYUPYUITREN KONTRAKTURASI

Nazarova N.Z.

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent. Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya, ortopediya va harbiy dala jarrohlik kafedrasida. Toshkent. O'zbekiston.

Rashidov J.T.

Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya, ortopediya va harbiy dala jarrohlik kafedrasida 3-bosqich magistranti. Toshkent. O'zbekiston.
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10002494>

ARTICLE INFO

Received: 05th Oktober 2023

Accepted: 13th Oktober 2023

Online: 14th Oktober 2023

KEY WORDS

Dyupyuitren kontrakturasida, kaft fassiyasi fibromatozi, Tubiana klassifikatsiyasi.

ABSTRACT

Dyupyuitren kontrakturasida - bu bir yoki bir nechta barmoqlarning doimiy ravishda bukilgan holatda bo'lishi bilan kechadigan klinik vaziyatdir. Chet el adabiyotlarida alohida holda "Dyupyuitren kasalligi" va "Dyupyuitren kontrakturasida" terminlari uchraydi. Shunga ko'ra bu ikki atamani bir-biridan farqlash lozim. Dyupyuitren kasalligi biriktiruvchi to'qimaning keng tarqalgan irsiy shikastlanishidir. U avloddan avlodga irsiylanadi, kaft va barmoq fassiyalari, shuningdek, ularga tutashgan biriktiruvchi to'qimalarda "yaxshi sifatli" fibrotik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Dyupyuitren kasalligi yuqorida sanalgan to'qimalarning mexanik kuchlanish chizig'i bo'ylab qisqarishiga, barmoqlarda yozish harakatlarining cheklanishiga olib keladi.

Dyupyuitren kontrakturasida esa Dyupyuitren kasalligining yakuniy natijasidir.

Material va uslublar: Ushbu mavzu bo'yicha so'nggi yillarda yaratilgan xorijiy adabiyot manbalari tahlili o'tkaziladi.

Kirish: Dyupyuitren kontrakturasida kaftning rivojlanib boruvchi fleksion kontrakturasidir. Bunda barmoqlar kaft tomonga egilgan bo'lib, ularning yozilishi cheklangan yoki butunlay imkonsiz bo'ladi. Dyupyuitren kasalligining so'nggi bosqichi qo'lning doimiy deformatsiyasi bilan yakunlanadi. Dyupyuitren kasalligi (kaft fassiyasi fibromatozi) fibroproliferativ kasallik bo'lib, kaft va barmoq fassiyalari hamda shu sohadagi terining qalinlashishiga, tortilishiga, tugunlar shakllanishiga va fibrozlanishiga olib keladi.

Kaft fassiyasi fibromatozi yuzga fibromatozlar qatoriga kirib chuqur(mushak-aponevrotik) fibromatozlardan genetik jihatdan farq qiladi[1]. Kaft fibromatozi aniq ifodalangan kontrakturasiz ko'rinishda ham uchrashi mumkin[2]. Bunda kontrakturaning rivojlanishi bemorlarning kasbiy faoliyatiga salbiy ta'sir qilishi, kundalik yumushlarni bajarishida qiyinchiliklar yuzaga chiqarishi mumkin. Kasallik ko'pincha ikki tomonlama kechadi. Ba'zi hollarda esa ektopek fibromatozlar bilan birga keladi. Bularga quyidagilarni misol qilib keltirish mumkin: Garrod yostiqlik kasalligi(44-54%), oyoq kaft yuzasi fibromatozi yoki Lederxoz kasalligi(6-31%) va jinsiy olat fibromatozi yoki Peyron kasalligi(2-8%)[3].



Ektopik tugunlar kamdan-kam hollarda bilakda ham paydo bo'ladi[4] va hatto Giyon kanalini ham qamrab oladi[5].

KLASSIFIKATSIYA: Jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlash, davolash natijalarini baholash, klinik ma'lumotlarni tizimlashtirish, taqqoslash va umumlashtirish uchun albatta kasallikni tasniflash talab qilinadi.

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra[6], Dyupyuitren kontrakturasining tasnifi qo'l barmoqlari fleksion kontrakturasiga, to'qimalardagi ikkilamchi chandiqli o'zgarishlar holatiga, patologik jarayonning qo'l va barmoqlarda tarqalishiga asoslanishi mumkin. Quyida biz eng keng tarqalgan bir nechta tasniflarni keltirib o'tamiz[6]:

Kontrakturaning uchrash joyiga ko'ra tasnifida 3 xil tip farqlanadi [6]:

1. Kaft-barmoq (62% hollarda).
2. Kaft (28% hollarda).
3. Barmoq (10% hollarda).

Barmoqlarning fleksion kontrakturasiga darajasiga ko'ra Volkova A.M. (1993) uch bosqichni tavsiflaydi [6]:

I bosqich. Kaft aponevrozining yo'nalishi bo'ylab zich teri osti tugunlari mavjudligi, barmoqlar fleksion va ekstenzion harakatlari cheklanmagan holda terida birlamchi tortmalar borligi bilan tavsiflanadi.

II bosqich. Aponevroz tutamlari chandiqlanib qisqarishi hisobiga barmoqlarda fleksion kontraktura kuzatilishi va ekstenzion harakatlarning 90° gacha cheklanishi bilan tavsiflanadi.

III bosqich. Kaft aponevrozida patologik degeneratsiyasining yanada rivojlanishi, barmoqlar fleksion kontrakturasining kuchayishi va ekstenzion harakatlarning 90° dan yuqori darajada chegaralanishi tavsiflanadi.

Tubiana klassifikatsiyasi. Ushbu tasnif zamonaviy tibbiyotda eng keng tarqalgan va ko'pchilik tomonida e'tirof etilgan. Klassifikatsiya 1968-yilda fransiyalik qo'l jarrohi R.Tubiana tomonidan ishlab chiqilgan. Ushbu tasnif barmoqlar fleksion kontrakturasining indeksi yoki ekstenzion harakatning umumiy passiv defitsitiga asoslanadi[7]. Bunda kaft-barmoq bo'g'imi va proksimal falangalararo bo'g'imdagi fleksion harakatlar 45° li farq bilan guruhlarga bo'lib tavsiflanadi. Dastlab klassifikatsiyada distal falangalararo bo'g'imdagi o'zgarishlar hisobga olinmagan. Klassifikatsiyaning keying modifikatsiyalarida hosil bo'lgan tugunlar va shuningdek distal falangalararo bo'g'imdagi giperekstenziya ham hisobga olingan va kontrakturaning umumiy miqdoriga kiritilgan.

Bosqichlar	Klinik holat	Ball
0-bosqich	tugunlar yo'q, ekstenzion defitsit yo'q	0 ball
N bosqich	paypaslanadigan tugunlar bor, ammo ekstenzion defitsit yo'q	0.5 ball
1-bosqich	ekstenzion defitsit 0 - 45 daraja	1 ball
2-bosqich	ekstenzion defitsit 45 - 90 daraja	2 ball
3-bosqich	ekstenzion defitsit 90 - 135 daraja	3 ball
4-bosqich	ekstenzion defitsit 135 - 180 daraja	4 ball

1-jadval. Tubiana klassifikatsiyasi

DAVOLASH: O'nlab yillar davomida olib borilgan izlanishlarga qaramay, Dyupyuitren kasalligining optimal davolash usuli hali mukammal emas. Kollagenaza, farmakoterapiya, maloinvaziv jarrohlik, ignali aponevrotomiya, ochiq radikal jarrohlik va nur terapiyasi



kurslari kabi ko'plab usullar faqatgina kasallikning rivojlanishining oldini olishga yoki buzilgan funksional holatni yaxshilashga qaratilgan. Kasallikning dastlabki bosqichlarda davolash "kutish va kuzatish" tamoyiliga asoslanadi, chunki isbotlangan konservativ davoning o'zi yo'q. Bunda kortikosteroidlar inyeeksiyasi kasallikning namoyon bo'lishini sekinlatsada, inyeeksiya joyidagi atrofiya, paylarning shikastlanishi kabi og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi va asosiysi uzoq muddatli ta'sir ko'rsatmasligi mumkin[8]. Tajribalar konservativ davoni to'xtatgan bemorlarning 50 foizida kasallik rivojlanishi 6 oydan so'ng qayta kuzatilganligini ko'rsatadi[9]. Dyupyuitren kontrakturasini davolashda oltin standart albatta jarrohlik amaliyotidir va bu usul kontrakturalarni kamaytirishga, shu orqali qo'lning funksiyasini tiklashga imkon beradi. Hozirgi vaqtda bemorlarda jarrohlik usulida davolashdan so'ng retsidivlanish darajasini kamaytirish maqsadaadida nur terapiyasini qo'llash bo'yicha tadqiqotlar olib borilmoqda[10]. Dyupyuitren kasalligini nur terapiyasi bilan davolashdan so'ng "yomon sifatli" o'smalarning paydo bo'lishi hali tadqiqotlarda aniqlanmagan.

So'nggi o'n yilliklarda nur terapiyasidan Dyupyuitren kasalligining erta va aktiv proliferatsiya bosqichlarini davolashda (bu bosqichda jarrohlik amaliyotining o'rni kam) foydalanishga ko'proq e'tibor qaratildi. Umuman olganda, faqatgian bir nechta kichik tugunlar va chandiqlashgan teri tortmalari va minimal funksional defitsit (10-30%) bilan tavsiflanuvchi erta rivojlanuvchi kasallik bosqichlarida nur terapiyasini maqsadga muvofiq deb hisoblash mumkin. Nur terapiyasini qo'llashdan assosiy maqsad kasallikning keyingi rivojlanishini oldini olishdir[10].

Dyupyuitren kasalligi medikamentoz terapiyasi kasallikning rivojlanishining oldini olish, kontraktura darajasini pasaytirish, retsidivlarning oldini olish yoki jarrohlik amaliyotidan qochish imkoniyatini beradi. Bunda dori moddalarini zararlangan sohaga inyeeksiya yoki implantatsiya qilish mumkin. Albatta bu usul bemorlarda qo'llash osonligi, preparatlarni noinvaziv usulda lokal qo'llanilishi tufayli oragnizmga tizimli ta'sirining kamligi kabi ko'plab afzalliklarga ega. Hozirgi vaqtda zamonaviy tibbiyotda turli xil yallig'lanishga qarshi dorilar, garmonlar orqali davolash usullari taklif qilinmoqda.

Dyupyuitren kontrakturasini davolashda birmuncha ahamiyatli va samarali noxirurgik davolash usuli proteolitik fermentlardan foydalanish hisoblanadi. Preparatlarning yuqori narxlar tufayli bu usul asosan iqtisodiy rivojlangan davlatlarda keng ommalashgan.

1907 yilda Langemark va 1918 yilda Quenu Dyupyuitren kontrakturasini bilan o'zgargan to'qimalarni fibrolizinni yuborish orqali eritish g'oyasini taklif qildilar. In vitro sharoitda olib borilgan tajribalarda kollagenning jelatinga aylanishi tasdiqlangach, inyeeksiya qilingan preparat to'qimalarning elastikligini yumshatadi va yaxshilaydi degan xulosaga olib kelgan.

Dyupyuitren kasalligini davolashda fermentativ fassiotomiya usulini 1965-yilda Bassot taklif qilgan. U ikki nafar bemorning qo'liga tripsin va gialuronidaza aralashmasini yuborib 15 daqiqadan so'ng bemorlarning bukilgan barmoqlarini kuch bilan yozib deformatsiyani to'liq yo'qotishga erishdi[11]. Muallif o'z ishini davom ettirdi va 1969 yilda fermentlar aralashmasiga yana 2 ta modda: tiomukaz va α -akimotripsinni qo'shgan holda 34 nafar bemorning davolash natijalarini e'lon qildi. Bu bilan Bassot og'ir deformatsiyalarni osonlik bilan davolash usulini ko'rsatib berdi [12].



Hozirgi vaqtda jarrohlik usulida davolash uchta asosiy yo'nalish bilan ifodalanadi: maloinvaziv muolajalar, aponevrektomiya (ingliz tilidagi adabiyotda fassioektomiya) va artrodezlash. Bulardan birini tanlash bemor va jarroh kelishuvi asosida amalga oshiriladi.

A.M. Volkova (1993) Dyupyuitren kontrakturasida operatsiyalarning quyidagi tasnifini taklif qilgan[6]:

- I. Kaft aponevrozining subtotal olib tashlanishi.
- II. Kaft aponevrozining qisman olib tashlanishi.
- III. Kaft aponevrozining o'zgargan qismini ajratib olish.
- IV. Rekonstruktiv operatsiyalar.

Ignali aponevrotomiya. Hozirgi vaqtda ignali aponevrotomiya qo'l jarrohligidagi eng mashhur va keng tarqalgan operatsiya hisoblanadi. Bu usul bemorga davolanish maqsadida shifokor qabuliga bir marotaba borishning o'zi yetarliligi sababdan so'nggi yillarda keng ommalashib ketdi. A.V. Jigalo o'z ilmiy ishlarida operatsiya texnikasini batafsil tasvirlab, mumkin bo'lgan asoratlarni va ularni qanday qilib oldini olish kerakligi haqida to'xtalib o'tgan. Ko'pgina jarrohlar va bemorlar soddaligi va osonligi tufayli aynan shu davolash usulini ma'qul ko'rishadi. Fikrimizcha shifokor birinchi navbatda ochiq usullarni mukammal egallashi, qo'lning topografik anatomiyasi xususiyatlarini to'liq bilishi va shundan keyingina davolashning yopiq maloinvaziv usullariga o'tishi kerak. Bunda jarroh ko'proq o'zining taktik sezgilariga va o'zi tasavvuridagi barmoqlar va kaftning asosiy anatomik xususiyatlariga e'tibor qaratadi. Bu esa qon tomirlar, nervlar va barmoqlarning bukuvchi paylarining shikastlanishi kabi noxush asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Operatsiyaning mohiyati o'zgargan kaft aponevrozini teri orqali kiritilgan igna yordamida bo'laklarga parchalashdan iborat. Igna aponevrotomiyasi ambulator sharoitda, shifokor qabuliga birgina tashrif bilan amalga oshirilishi mumkin.

Xirurgik aponevrotomiya. Bugungi kunda xirurgik aponevrotomiya nisbatan minimal invazivligi va operatsiyadan keyingi davrning olib borilishi qulayligi bilan ajralib turadi. Davolashning maqsadi aponevrozning o'zgargan to'qimalarini butunlay olib tashlamasdan, bir-biridan ajratish orqali jarayonni to'xtatib turishdir. Bu tomonlama usul ignali aponevrotomiyaga o'xshaydi. Bunda faqat igna o'rniga skalpel ishlatiladi. Operatsiyadan oldin o'zgargan to'qimalar jarrohlik obyekti sifatida tanlab olinadi. Mahalliy anesteziya ostida kontrakturalarni chaqirayotgan o'zgargan to'qimalar bo'ylab kichik ko'ndalang kesma amalga oshiriladi. Yog' to'qimalari va qon tomir-nerv tutamlari to'qimalardan ajratib olinadi. Bunda eng ko'p uchraydigan asorat nervlarni zararlab qo'yish bo'lib[13], optik kattalashtirish vositalaridan foydalanish orqali ularning oldini olish mumkin. Xirurgik aponevrotomiya odatda kontrakturalar faqat kaft-barmoq bo'g'imlarida kuzatiladigan, proksimal falangalararo bo'g'imda ozgarishlar bo'lmagan hollarda qo'llaniladi[14]. Og'ir darajadagi kontrakturalarda va teri yetishmovchiligi bo'lganda aponevrotomiyaga qo'shimcha ravishda Limberg bo'yicha Z-plastika yoki "ochiq" usullarni qo'llash mumkin.

Aponevrektomiya. Kaft aponevrozi va fassiyasini olib tashlashning ikkita asosiy usuli mavjud - faqat bir qismini olib tashlash, to'liq olib tashlash.

Segmental aponevrektomiya - bu o'zgargan aponevrozning ma'lum segmentini olib tashlashdir.



Regional yoki lokal aponevrektomiya - bu fassiyaning zararlangan qismini butunlay olib tashlash. Ba'zi adabiyotlarda lokal aponevrektomiyani subtotal aponevrektomiya deb ataladi. Segmental aponevrektomiya Yevropada AQShga qaraganda ko'proq mashhur. Har ikkala operatsiya ham bir xil uzoq muddatli natijalarga olib keladi.

Radikal aponevrektomiya butun kaft fassiyasini, shuningdek teri osti va subfassial yog' to'qimalarini ham olib tashlashdir. Radikal aponevrektomiya asoratlarning ko'pligi va boshqa usullarga nisbatan hech qanday afzalliklarning yo'qligi sababli hozirda deyarli tavsiya etilmaydi.

Dermatofasiyektomiya davolashning o'ta radikal usuli bo'lib, aponevroz va uning tuzilmalarini teri bilan birga olib tashlashdan iborat.

XULOSA: Dyupuytren kontrakturasi etiologik davosi hozircha mavjud emas. Jarrohlik va konservativ usullarning ko'pligi bu patologiyani davolashda yagona yondashuvning yo'qligini ko'rsatadi. Dyupuytren kontrakturasi bo'lgan bemorlarni davolashda shifokor davolash taktikasini tanlashda ko'pincha muammoga duch keladi va bu asosan jarrohda turli operativ yo'llar, usullar mavjud ekanligi hamda bemorlarning xohishi bilan bog'liq. Somatik sog'lom bemorlarni davolashda shifokor oldida turli variantlar yetarlicha bo'ladi, ammo yondosh kasalliklarning borligi jarrohning imkoniytlarini kamaytirib qo'yadi. Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, faqatgina davolashning kompleks chora-tadbirlarini qo'llash orqali ushbu patologiyani bartaraf etishda to'g'ri yondashuvni tanlash, ijobiy natijalarga erishish va retsidivlanish xavfini kamaytirish mumkin.

References:

1. Montgomery, E. Superficial fibromatoses are genetically distinct from deep fibromatoses / E. Montgomery, J. Lee, S. Abraham. – DOI: 10.1038/modpathol.3880374. Текст: непосредственный // Modern Pathology. – 2001. –14(7) – P. 695-701.
2. Diep, G.K. Prevalence of palmar fibromatosis with and without contracture in asymptomatic patients / G. K. Diep, J. Agel, J. E. Adams. – DOI:10.3109/2000656X.2015.1034724. Текст: непосредственный // Journal of plastic surgery and hand surgery. – 2015. – 49(4)– P. 247-250.
3. Khan, M.A. A rare case report of bilateral dupuytren's contracture of hand / M. A. Khan, N. Reddy, N. A. Mohammad. – DOI: <https://doi.org/10.22271/ortho.2018.v4.i3g.70>. Текст: непосредственный // International Journal of Orthopaedics. – 2018. –4(3) – P. 395-397.
4. Fell, M. Ectopic Dupuytren's disease in the wrist compressing the palmar cutaneous branch of the median nerve / M. Fell, K. Johal, N. Kang. – DOI: 10.1016/j.jpra.2018.04.002. Текст: непосредственный // JPRAS open. – 2018. –17. – P. 1-4.
5. Stretanski, M. F. Dupuytren contracture / M. F. Stretanski. – Текст: непосредственный // Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. – WB Saunders. – 2008. – P. 133-137.
6. Волкова, А. М. Хирургия кисти Екатеринбург. – 1991.
7. Tubiana R. Evaluation of deformities in Dupuytren's Disease. Anales de Chirurgie de la Main. – 1986. – 5. – P. 5 – 11



8. Forsman, M. Dupuytren'S Contracture; Increased Cellularity—Proliferation, is There Equality?/ M. Forsman, L. Kallioinen, M. Kallioinen [et al.] — DOI: <https://doi.org/10.1177/145749690509400117> .Текст: непосредственный.//Scandinavian journal of surgery. — 2005. — Т. 94. — №. 1. — P. 71-75.
9. Eng, T. Y. The role of radiation therapy in benign diseases/ T.Y. Eng, M.K. Boersma, C.D. Fuller [et al.] — DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2006.01.023> .Текст: непосредственный.//Hematology/Oncology Clinics. — 2006. — Т. 20. — №. 2. — P. 523-557.
10. Baxter, H. Cortisone therapy in Dupuytren's contracture/ H. Baxter, C. Schiller, L.H. Johnson [et al.] — .Текст: непосредственный.//Plastic and Reconstructive Surgery. — 1952. — Т. 9. — №. 3. — P. 261-273
11. Bassot, J. Treatment of dupuytren's disease by isolated pharmacodynamic« exeresis» or« exeresis» completed by a solely cutaneous plastic step/ J. Bassot — PMID: 14330118.Текст: непосредственный. //Lille chirurgical. — 1965. — Т. 20. — P. 38-44.
12. Bassot, J. Traitement de la maladie de Dupuytren par exérèse pharmaco-dynamique bases physiobiologiques technique/ J. Bassot — Текст: непосредственный. //Gaz Hop. — 1969. — Т. 16. — P. 557.
13. Rowley, D. I. Assessment of percutaneous fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture/ D.I. Rowley, M. Couch, R.B. Chesney [et al.] — DOI: [https://doi.org/10.1016/S0266-7681\(84\)80019-4](https://doi.org/10.1016/S0266-7681(84)80019-4) .Текст: непосредственный.//Journal of Hand Surgery. — 1984. — Т. 9. — №. 2. — P. 163-164.
14. Lo, S. Retrovascular fasciectomy: an approach that facilitates dissection of the neurovascular bundles in Dupuytren's fasciectomy/ S. Lo, M. Pickford — DOI: <https://doi.org/10.1177/1753193411416425> .Текст: непосредственный. //Journal of Hand Surgery (European Volume). — 2011. — Т. 36. — №. 8. — P. 705-707.