

А.В. Жигало<sup>1</sup>, В.В. Морозов<sup>2</sup>, В.В. Почтенко<sup>1</sup>, М.А. Чевардина<sup>1</sup>

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПУИТРЕНА

<sup>1</sup> ООО «Международный медицинский центр „СОГАЗ“», г. Санкт-Петербург<sup>2</sup> Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, г. Санкт-ПетербургA.V. Zhigalo<sup>1</sup>, V.V. Morozov<sup>2</sup>, V.V. Pochtenko<sup>1</sup>, M.A. Chevardina<sup>1</sup>

## MODERN APPROACH TO CLASSIFICATION OF DUPUYTREN DISEASE

<sup>1</sup> SOGAZ International Medical Center, St. Petersburg, Russian Federation<sup>2</sup> G.A. Albreht Federal Scientific Disabled Persons Rehabilitation Center, St. Petersburg, Russian Federation

Контрактура Дюпюитрена, как любая проблемная нозологическая форма, имеет множество классификаций, в большинстве из которых основным критерием разделения на степени является суммарный угол разгибания пальцев. В зависимости от этого различные авторы выделяют три, четыре или пять степеней заболевания. Также существует деление в зависимости от распространенности патологического процесса, скорости развития контрактуры и т.д.

**Цель исследования:** выделить и объединить основные клинически значимые критерии из существующих классификаций контрактуры Дюпюитрена, а также создать единую кодировку диагноза заболевания, позволяющую унифицировать и стандартизировать наблюдения в Интернет-пространстве.

**Материал и методы.** Материалом для исследования послужил личный опыт осмотров (более 4000 рук пациентов с контрактурой Дюпюитрена разной степени выраженности патологического процесса), а также анализ доступной литературы и статей с сайта PubMed.com. Исследование состоит из двух частей. В первой части описана эволюция взглядов на классификацию заболевания и выделены основные клинически значимые критерии, которые важно использовать в повседневной работе. Во второй – предложена классификация заболевания, объединяющая основные диагностические критерии, а также предложена их кодировка для использования во всемирной паутине.

После изучения наиболее распространенных и известных классификаций контрактуры Дюпюитрена мы сформировали расширенную классификацию заболевания, объединяющую основные диагностические критерии, и ее кодировку, при использовании которой можно оценить степень заболевания, количество вовлеченных в патологический процесс лучей ладонного апоневроза, а также форму заболевания.

**Заключение.** Использование предложенной кодировки описания контрактуры Дюпюитрена позволяет сэкономить время при заполнении медицинской документации, сохраняя полноту описания патологического процесса, а стандартизация диагноза делает его понятным на любом языке, что упрощает общение специалистов из разных стран.

**Ключевые слова:** контрактура Дюпюитрена, болезнь Дюпюитрена, классификация контрактуры Дюпюитрена, контрактура.

Dupuytren's contracture, as any other problem nosological entity, has many classifications, in most of which the total angle of finger extension is the main criterion of separation into degrees. Depending on it, different authors separate three, four, or five degrees of disease. There is also a separation depending on the extension of the pathological process, the rate of contracture development, etc.

**Goal of the study:** to separate and join main clinically significant criteria from the existent classifications of Dupuytren disease, as well as to create the single coding of the diagnosis of this disease for unification and standardization of observations in the Internet.

**Material and methods.** Personal experience of examinations (more than 4000 hands of patients with Dupuytren disease having different degree of extension of the pathological process) and analysis of available literature and PubMed.com papers served as materials for this study. The study consists of two parts. The first part describes the evolution of ideas on classification of this disease and separates main clinically significant criteria, which can be used

in routine practice. The second part proposes the classification joining main diagnostic criteria and their coding for the use in the world-wide web.

Upon analysis of the most common and known classifications of the Dupuytren disease, we have formulated the extended classification of the disease, which joins the main diagnostic criteria, and its coding, which allows assessment of the degree and form of disease and the number of involved rays of palmar aponeurosis.

**Summary.** The use of the proposed coding for description of the Dupuytren disease allows one to save time needed for filling medical forms without loss in completeness of description of the pathological process, while the standardization of diagnosis makes it clear at any language, which simplifies communications between specialists from different countries.

**Key words:** *Dupuytren's contracture, Dupuytren disease, classification of Dupuytren disease, contracture.*

УДК 616.757.7-007.681-089-035  
doi 10.17223/1814147/65/07

## ВВЕДЕНИЕ

Контрактура Дюпюитрена, как любая проблемная нозологическая форма, имеет множество классификаций, в большинстве из которых основным критерием разделения на степени является суммарный угол разгибания пальцев. В зависимости от этого различные авторы выделяют три [1–3], четыре [4] или пять степеней заболевания [5]. Также существует деление в зависимости от распространенности патологического процесса, скорости развития контрактуры и т.д. [6–12].

Несмотря на то, что основные критерии классификаций контрактуры Дюпюитрена широко освещены, в доступной литературе мы не нашли работ, в которых обобщен существующий опыт и предложена единая классификация, удобная для повседневной работы практикующего специалиста. Именно этот факт и побудил нас провести данное исследование.

Цель исследования: выделить и объединить клинически значимые критерии из существующих классификаций контрактуры Дюпюитрена, а также создать единую кодировку диагноза заболевания, позволяющую унифицировать и стандартизировать наблюдения в Интернет-пространстве.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужил личный опыт осмотров и анализ цифровых фотографий более 4000 рук пациентов с контрактурой Дюпюитрена разной степени выраженности патологического процесса, а также использование данных из доступной литературы и материалов сайта PubMed.com

Исследование состояло из двух частей. В первой части описана эволюция взглядов на классификацию заболевания и выделены основные клинически значимые критерии, которые важно использовать в повседневной работе. Во второй – предложена классификация заболева-

ния, объединяющая основные диагностические критерии, а также предложена их кодировка для использования во всемирной паутине.

### Эволюция взглядов на классификацию контрактуры Дюпюитрена

Большинство отечественных хирургов во второй половине XX в. (Ш.Ш. Хамраев, 1964; Э.М. Закис, 1964; О.Л. Лаврова, 1967) выделяли три степени поражения ладонного апоневроза [13]:

I степень – имеется 1–2 узла или тяжа на ладони, не влияющих на функцию кисти; на рентгенограммах – костно-суставные изменения отсутствуют;

II степень – нарастание и уплотнение тяжей и узлов, распространение их на проксимальные фаланги; функция кисти ограничена за счет неполного разгибания пальцев; на рентгенограммах – начальные проявления артроза суставов пальцев;

III степень – дальнейшее нарастание уплотнения апоневроза; пальцы фиксированы в патологическом положении; функция кисти неполная, либо утрачена вовсе; на рентгенограммах – артроз, подвывихи фаланг пальцев.

А.М. Волкова (1993) предложила свою классификацию контрактуры Дюпюитрена по следующим параметрам (табл. 1) [14]:

1) по распространенности (ладонная, пальцевая, ладонно-пальцевая):

– ладонная форма. Наблюдается в 30% случаев. Характеризуется поражением продольных пучков апоневроза в пределах ладони; на пальцах патологические изменения отсутствуют, и в состоянии сгибательной контрактуры находятся только пястно-фаланговые суставы (ПФС);

– пальцевая форма. Встречается в 10% случаев. Характеризуется развитием патологических изменений, как правило, в продольных тяжах апоневроза в пределах пальца; при этом наступает сгибательная контрактура проксимальных межфаланговых суставах (ПМФС) и разгибательная – в дистальных межфаланговых суставах (ДМФС);

Классификация контрактуры Дюпюитрена (Волкова А.М., 1993)

По распространенности	Ладонная	Пальцевая	Ладонно-пальцевая
	Сгибательная контрактура ПФС (МСР) 30%	Сгибательная контрактура ПМФС + ДМФС (PIP + DIP) 10%	Сгибательная контрактура ПФС + ПМФС (МСР + PIP), иногда + ДМФС (DIP) 60%
По клиническому течению	Первичная	Вторичная	Смешанная
По степени сгибательной контрактуры	I степень	II степень	III степень

*Примечание.* ПФС – пястно-фаланговый сустав; ПМФС – проксимальный межфаланговый сустав; ДМФС – дистальный межфаланговый сустав.

– ладонно-пальцевая форма. Встречается наиболее часто – в 60% случаев. Поражаются продольные пучки на кисти и пальцев; в состоянии сгибательной контрактуры находятся ПФС, ПМФС, иногда – ДМФС;

2) по степени сгибательной контрактуры (I, II, III степени);

3) по клиническому течению (первичная, вторичная, смешанная).

Первичная клиническая форма, по А.М. Волковой, характеризуется медленным течением, компенсированным кровоснабжением, умеренной андрогенной недостаточностью и благоприятным прогнозом. Вторичная клиническая форма имеет быстрое течение, субкомпенсированное кровообращение, выраженную андрогенную недостаточность и сомнительный прогноз. При смешанной форме наблюдается стремительное течение процесса, декомпенсация кровообращения, резко выраженная андрогенная недостаточность и неблагоприятный прогноз.

А.Е. Белоусов предложил следующую рабочую классификацию патологического процесса при контрактуре Дюпюитрена [6]:

– по локализации (монолокальный, биллокальный, распространенный);

– скорости течения (медленный, быстрый, стремительный);

– степени развития (I, II, III, IV).

I степень – характеризуется наличием подкожного уплотнения на ладони, которое практически не ограничивает разгибание пальцев и не мешает в повседневной жизни.

II степень – ограничение пассивного разгибания пальца до 30°. Данное ограничение функции трактуется как незначительное и не всегда является показанием к оперативному лечению. При субтотальной апоневрэктомии удастся восстановить разгибание пальцев в полном объеме.

III степень – ограничение разгибания пальца составляет от 30 до 90°. При этой степени оперативное лечение представляет значительные трудности в связи с распространенностью про-

цесса. Нередко возникает необходимость в выполнении капсулотомии. Может возникать дефицит кожи, избыточное натяжение сосудисто-нервных пучков, что в комплексе не позволяет получить полное разгибание пальцев.

IV степень – запущенные случаи контрактуры Дюпюитрена, характеризующиеся вовлечением в патологический процесс сухожильного аппарата пальцев, суставов. Дефицит разгибания пальцев составляет более 90°. Оперативное лечение нередко носит паллиативный характер, в особо тяжелых случаях приходится выполнять корригирующий артродез или даже ампутацию пальца [6].

На сегодняшний день наиболее распространенной и признанной во всем мире является классификация контрактуры Дюпюитрена, разработанная французским кистевым хирургом R. Tubiana в 1968 г. Основу классификации составляют четыре степени контрактуры в зависимости от суммарного угла ограничения разгибания всех вовлеченных в патологический процесс суставов на одном пальце (рис. 1).

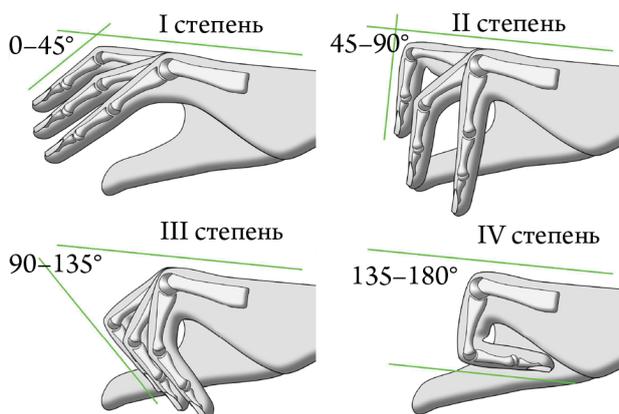


Рис. 1. Степени контрактуры Дюпюитрена по R. Tubiana, 1968 г. (Ch. Eaton, 2007)

Так, к I степени заболевания относят контрактуру суставов пальцев, при которой появляется ограничение переразгибания при наличии подкожных уплотнений и тяжелой апоневроза на

ладони кисти (суммарный угол ограничения от 0 до 45°). При II степени суммарный угол ограничения разгибания в суставах на одном пальце увеличивается от 45 до 90°, при III – от 90 до 135°, при IV – от 135 до 180° (рис. 2). Если в патологический процесс вовлечены суставы нескольких пальцев, то степень контрактуры определяется по наибольшему по степени поражению.

Существуют различные модификации классификации Tubiana. Мы приведем две основные:  
 – модификация Mikkelsen, различающая пять степеней выраженности контрактуры: I степень

– наличие клинических признаков болезни без контрактуры пальцев; II степень – контрактура пальцев от 0 до 45°; III степень – контрактура от 45 до 90°; IV степень – контрактура от 90 до 135°; V степень – контрактура более 135°;  
 – модификация Seegenschmiedt, представленная в табл. 2.

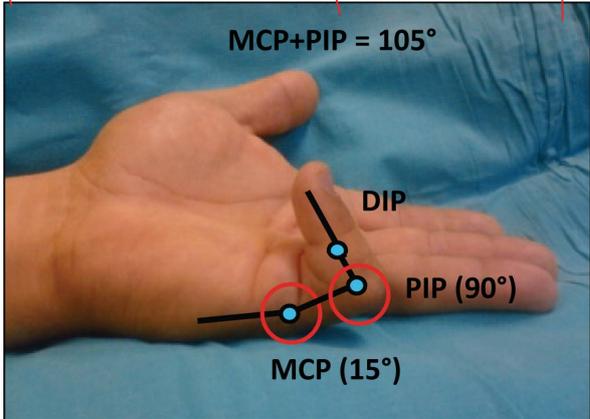
Методика измерения не отличается от остальных. Угломером измеряют угол контрактуры в суставах пальцев. Затем полученные величины складывают с результатом вычисления суммарного угла сгибательной контрактуры.

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	ПО ПОРАЖЕНИЮ ЛУЧЕЙ ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА	ПО ВОВЛЕЧЕННЫМ В КОНТРАКТУРУ СУСТАВАМ ПАЛЬЦА	ПО СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ КОНТРАКТУРЫ
ПРАВАЯ КИСТЬ (Right) ЛЕВАЯ КИСТЬ (Left) ОБЕ КИСТИ	1 ЛУЧ (1 Cord) 2 ЛУЧ (2 Cord) 3 ЛУЧ (3 Cord) 4 ЛУЧ (4 Cord) 5 ЛУЧ (5 Cord)	МСР (ПФС) – СУСТАВ (ладонная форма – Palma) PIP (ПМФС) или DIP (ДМФС) – СУСТАВ (пальцевая – Digitus) МСР + PIP СУСТАВ (ладонно-пальцевая – PD) МСР + PIP + DIP (тотальная – Total)	0 – узлы/тяжи на ладони 0I – ограничение переразгибания I СТЕПЕНЬ (0–45°) II СТЕПЕНЬ (45–90°) III СТЕПЕНЬ (90–135°) IV СТЕПЕНЬ (135–180°)

L

5C



PD

III

**Полный диагноз:**  
Контрактура Дюпюитрена левой кисти III степени с преимущественным поражением 5-го луча, ладонно-пальцевая форма.

**Сокращенный вариант диагноза:**  
Контрактура Дюпюитрена левой кисти III степени (L5C-PD-III)

В коде диагноза записываются классификационные признаки в указанной последовательности

Рис. 2. Рабочая классификация контрактуры Дюпюитрена и пример формулировки диагноза (Жигало А.В., 2017)

Таблица 2

Классификация Tubiana в модификации Seegenschmiedt (2001)

Степень	Ограничение разгибания	Состояние рук
0	0	Здоровая рука
N	0	Пальпируются узлы или тяжи на ладони
N/I	0–5°	Начальная контрактура
I	6–45°	
II	46–90°	
III	91–135°	
IV	более 135°	

### Что важно указать в диагнозе контрактуры Дюпюитрена?

Проанализировав представленные классификации, мы выделили основные параметры, которые важно отразить в диагнозе заболевания. К ним мы отнесли локализацию поражения, суммарный угол сгибательной контрактуры, пораженные лучи ладонного апоневроза и вовлеченные в контрактуру суставы. Именно эти параметры мы использовали при составлении рабочей классификации контрактуры Дюпюитрена.

### Рабочая классификация контрактуры Дюпюитрена

За основу была выбрана классификация R. Tubiana (1968) в модификации Seegenschmiedt (2001). На наш взгляд, единственным недостатком данной классификации является сложность в дифференциации степени N/I и I, так как разница между ними – всего несколько градусов. Мы предложили свою модификацию, исключая эту сложность, а также позволяющую кодировать диагноз.

Благодаря предложенной классификации возможно легко закодировать диагноз. Использование кодировки позволяет сэкономить время при заполнении медицинской документации с сохранением точности в описании локализации поражения, пораженных лучей ладонного апоневроза, вовлеченных в контрактуру суставов и степени заболевания для каждого вовлеченного в патологический процесс пальца. Такой подход делает диагноз понятным в любой стране мира.

### Правила кодировки диагноза

Кодировка диагноза начинается с маркировки описываемой кисти. Правая кисть обозначается латинской буквой R (от английского слова Right – «право»), левая, соответственно, – L (Left – «лево»). Затем составляется код заболевания для каждого рубцово-измененного луча ладонного апоневроза с указанием вовлеченных в контрактуру суставов и степени выраженности процесса (рис. 3). Первым указывается наиболее пораженный луч ладонного апоневроза, а далее в порядке убывания. Если поражено более одного луча, и форма поражения одинаковая, то без пробела указываем оба.

**5C-PD-III**

*a*   *б*   *в*

Рис. 3. Пример кодировки диагноза: *a* – номер пораженного луча апоневроза; *б* – вовлеченные в патологический процесс суставы; *в* – степень контрактуры

### Кодировка лучей ладонного апоневроза

Пораженный луч апоневроза кодируется арабской цифрой от 1 до 5 с латинской буквой C (от английского слова Cord – «луч») и соответствует номеру пальца (рис. 4).

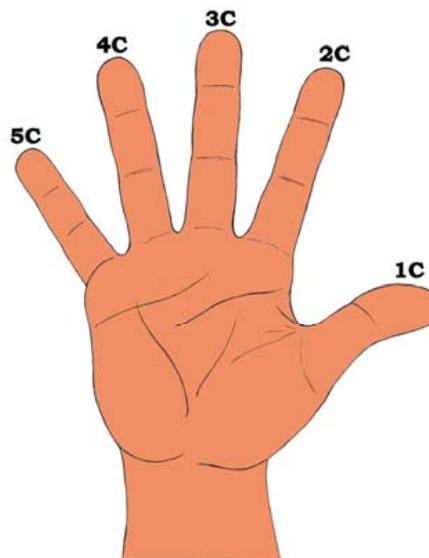


Рис. 4. Схема нумерации лучей ладонного апоневроза (от 1C до 5C).

### Кодировка вовлеченного(-ых) в контрактуру сустава(-ов)

Изолированное поражение ПФС (metacarpophalangeal joints (MCP)) при интактных межфаланговых суставах происходит при ладонной форме контрактуры Дюпюитрена (от латинского слова *Palma* – «ладонь»), поэтому для кодировки используем латинскую букву P (рис. 5).

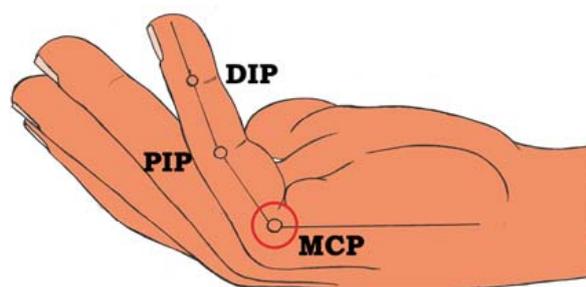


Рис. 5. P – ладонная форма контрактуры Дюпюитрена: поражен только пястно-фаланговый сустав (5C-P-II)

Изолированное поражение ПМФС (по-английски – proximal interphalangeal joints (PIP)) ДМФС (по-английски – distal interphalangeal joints (DIP)) при интактном проксимальном межфаланговом суставе происходит при пальцевой форме контрактуры Дюпюитрена (от латинского слова *Digitus* – «палец»), поэтому для кодировки используем латинскую букву D (рис. 6).

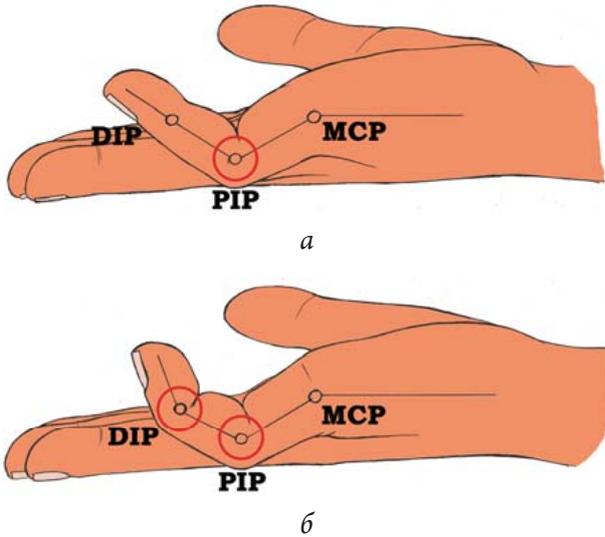


Рис. 6. D – пальцевая форма контрактуры Дюпюитрена: а – поражен только проксимальный межфаланговый сустав; б – поражены проксимальный и дистальный межфаланговые суставы (5C-D-II)

Совместное поражение ПФС и ПМФС на одном пальце происходит при ладонно-пальцевой форме контрактуры Дюпюитрена, поэтому для кодировки используем латинские буквы PD (рис. 7).

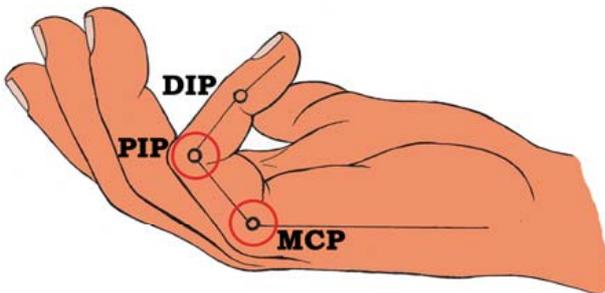


Рис. 7. PD – ладонно-пальцевая форма контрактуры Дюпюитрена: поражены пястно-фаланговый и проксимальный межфаланговый суставы (5C-PD-III)

Совместное поражение всех суставов на одном пальце происходит при тотальной форме контрактуры Дюпюитрена (рис. 8), поэтому для кодировки используем латинскую букву Т (от английского слова Total – «тотальный, общий») (табл. 3).

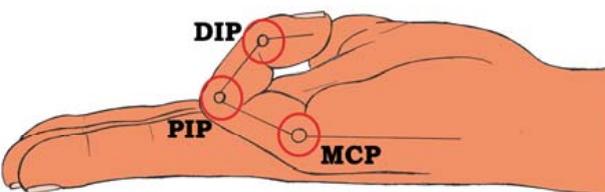


Рис. 8. Т – тотальная форма контрактуры Дюпюитрена: поражены все суставы пальца – пястно-фаланговый, проксимальный и дистальный межфаланговые (5C-T-IV)

Таблица 3

Кодировка по вовлеченному в контрактуру суставу

Код	Вовлеченные в контрактуру суставы	Форма заболевания
P	Только пястно-фаланговый (MCP joint)	Ладонная
D	Только проксимальный межфаланговый (PIP joint)	Пальцевая
PD	Пястно-фаланговый и проксимальный межфаланговый (MCP + PIP joints)	Ладонно-пальцевая
T	Все суставы пальца (MCP + PIP + DIP joints)	Тотальная

**Кодировка по степени выраженности контрактуры**

По степени выраженности контрактуры мы используем классификацию R. Tubiana с незначительной модификацией. В первой степени мы выделили две подгруппы 0 и 0I, описание которых будет представлено ниже.

**I степень** – суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца от 0 до 45°. Формула MCP + PIP + DIP = 0°... 45°. Для более точного описания изменений на кисти при первой степени контрактуры Дюпюитрена мы выделили в ней две подгруппы – 0 и 0I. При **0 степени** заболевание только начинает проявляться на ладони в виде узлов, втяжений кожи или тяжей, но не приводит к ограничению разгибания пальцев (рис. 9, а). При **0I степени** помимо описанных изменений появляется ограничение переразгибания пальца (рис. 9, б). Когда палец не удается переразогнуть, и он устанавливается на отметке 0° – берет отсчет **I степень** заболевания. В диагнозе нет смысла выделять подгруппы первой степени, их можно выносить только в кодировку. **I степень** – суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца от 0 до 45°. Формула MCP + PIP + DIP = 0°... 45° (рис. 9, в). При **II степени** сгибательная контрактура во всех суставах пальца составляет от 45 до 90°. Формула MCP + PIP + DIP = 45... 90° (рис. 9, г). **III степень** – суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца – от 90 до 135°. Формула MCP + PIP + DIP = 90... 135° (рис. 9, д). При **IV степени** сгибательная контрактура во всех суставах пальца превышает 135°. Формула MCP + PIP + DIP > 135° (рис. 9, е).

В коде диагноза степень контрактуры указывается римской цифрой от I до IV, для обозначения подгрупп первой степени используется 0 (табл. 4).

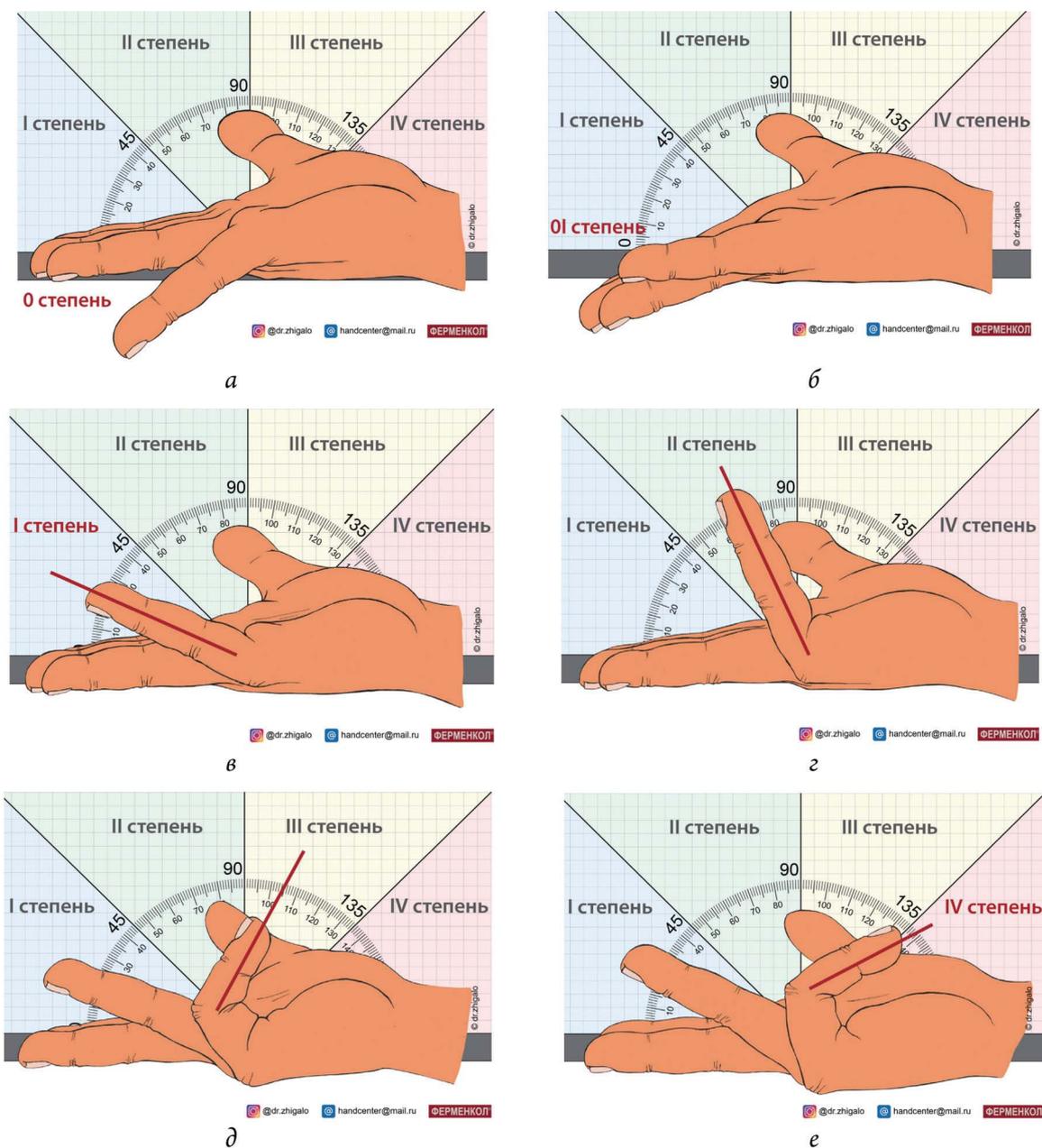


Рис. 9. Степени контрактуры Дюпюитрена по рабочей классификации: а – 0 степень, проявляется лишь наличием узлов и втяжений на коже, без ограничения переразгибания пальца; б – 0I степень, ограничение переразгибания пораженного пальца; в – I степень, суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца от 0 до 45°; г – II степень, суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца от 45 до 90°; д – III степень, суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца от 90 до 135°; е – IV степень, суммарная сгибательная контрактура во всех суставах пальца свыше 135°. Формула  $MCP + PIP + DIP > 135^\circ$

Таблица 4

Рабочая классификация контрактуры Дюпюитрена

Степень (код)	Ограничение разгибания	Клинические проявления
0	Нет ограничения движений	Пальпируются узлы или тяжи на ладони
0I	Ограничение переразгибания	Начальная контрактура
I	0–45°	
II	45–90°	
III	90–135°	
IV	более 135°	

### Примеры кодировки диагноза

Общепринятый диагноз контрактуры Дюпюитрена, фиксируемый в медицинской документации, характеризует, как правило, степень и форму контрактуры одного наиболее пораженного луча ладонного апоневроза. Такой подход не всегда позволяет детально отразить все патологические изменения на кисти. Так, на рис. 10, представлены фотографии руки пациента с контрактурой Дюпюитрена. Стандартный диагноз будет звучать следующим образом: *контрактура Дюпюитрена правой кисти II степени ладонной формы с преимущественным поражением 4-го луча ладонного апоневроза*. Такой диагноз не отражает изменения и форму поражения 3-го и 5-го лучей ладонного апоневроза, которые в отличие от 4-го луча имеют I степень контрактуры. Если описать все изменения на ладони, в этом случае, получится достаточно громоздкий диагноз: *контрактуры Дюпюитрена правой кисти ладонной формы с поражением 4-го луча ладонного апо-*

*невроза II степени, 3-го и 5-го лучей – I степени*. При кодировке диагноза можно отразить все изменения и сократить количество символов в описании. В диагнозе указывается только кисть и степень контрактуры, все остальные параметры кодируются: контрактура Дюпюитрена правой кисти II степени (R 4C-P-II, 35C-P-I) (рис. 10).

На рис. 11 и 12 представлены примеры кодировки диагноза: контрактура Дюпюитрена правой кисти II степени (R 4C-P-II) и контрактура Дюпюитрена правой кисти III степени (R 5C-PD-III).

При поражении на одной кисти двух лучей, одинаковых по форме и степени, они указываются в одну строку без пробела, например: L 45C-PD-III, 3C-P-I (рис. 13).

Особое значение кодировка имеет при поражении нескольких лучей ладонного апоневроза разных степеней и форм поражения. При этом хирург кодирует каждый луч в отдельности, начиная с наиболее пораженных (рис. 14).

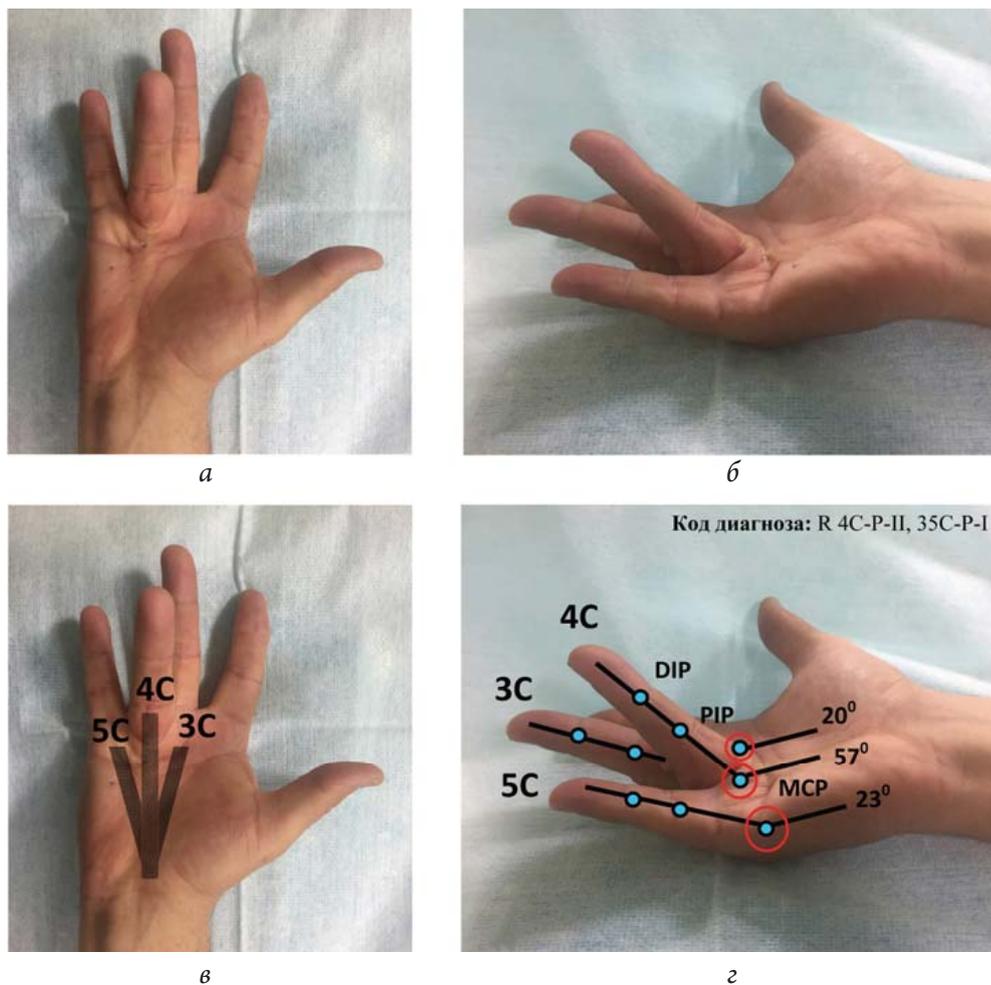


Рис. 10. Внешний вид правой кисти пациента с контрактурой Дюпюитрена II степени (R 4C-P-II, 35C-P-I): а – прямая проекция; б – боковая проекция; в – прямая проекция с обозначением пальпируемых тяжей апоневроза; г – боковая проекция, красными кружками обозначены вовлеченные в патологический процесс пястно-фаланговые суставы (MCP) III, IV, V пальцев

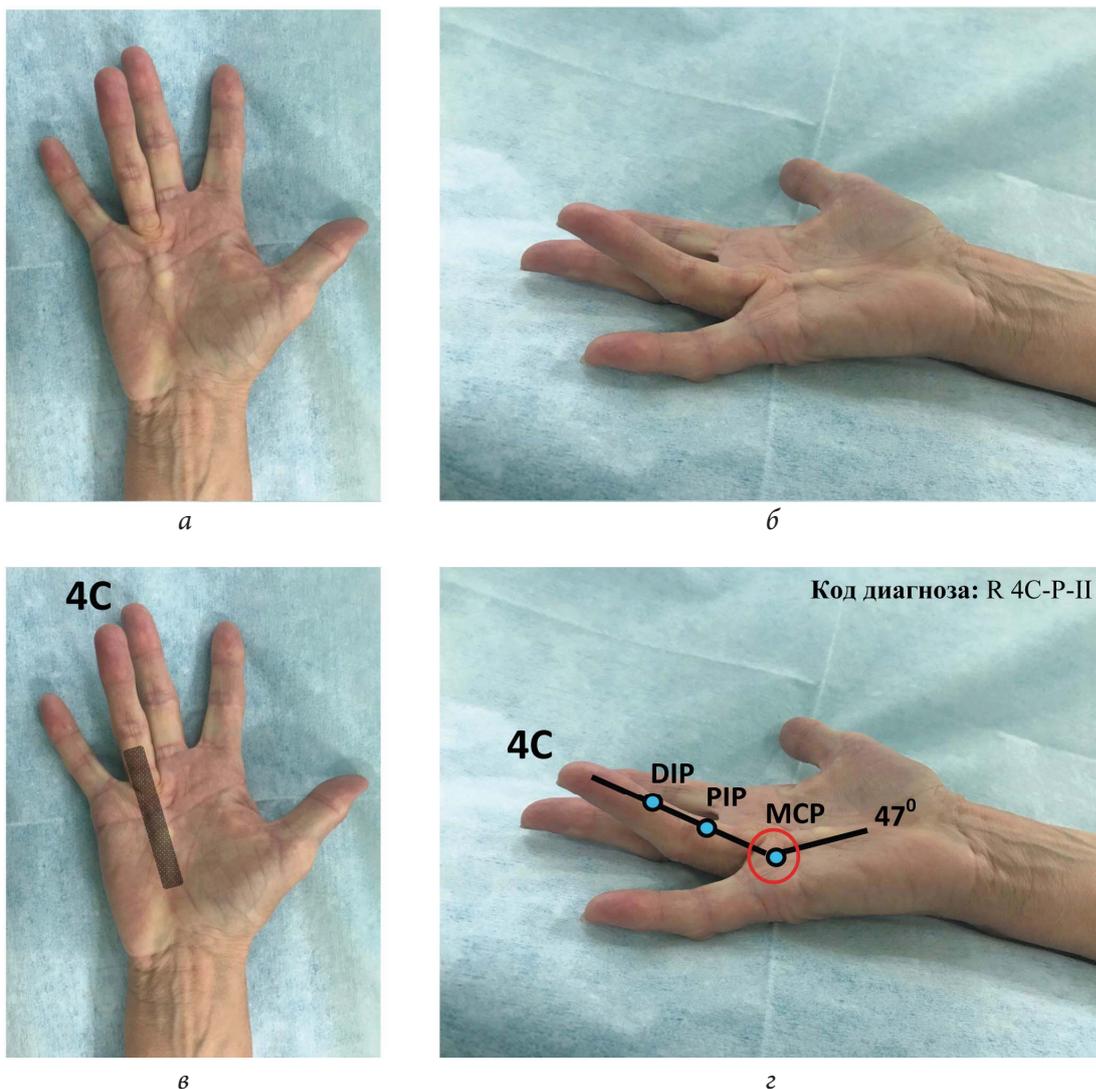


Рис. 11. Внешний вид правой кисти пациента с контрактурой Дюпюитрена II степени (R4C-P-II): а – прямая проекция; б – боковая проекция; в – прямая проекция с обозначением пальпируемых тяжей апоневроза; г – боковая проекция, красным кружком отмечен вовлеченный в патологический процесс пястно-фаланговый сустав (MCP) IV пальца

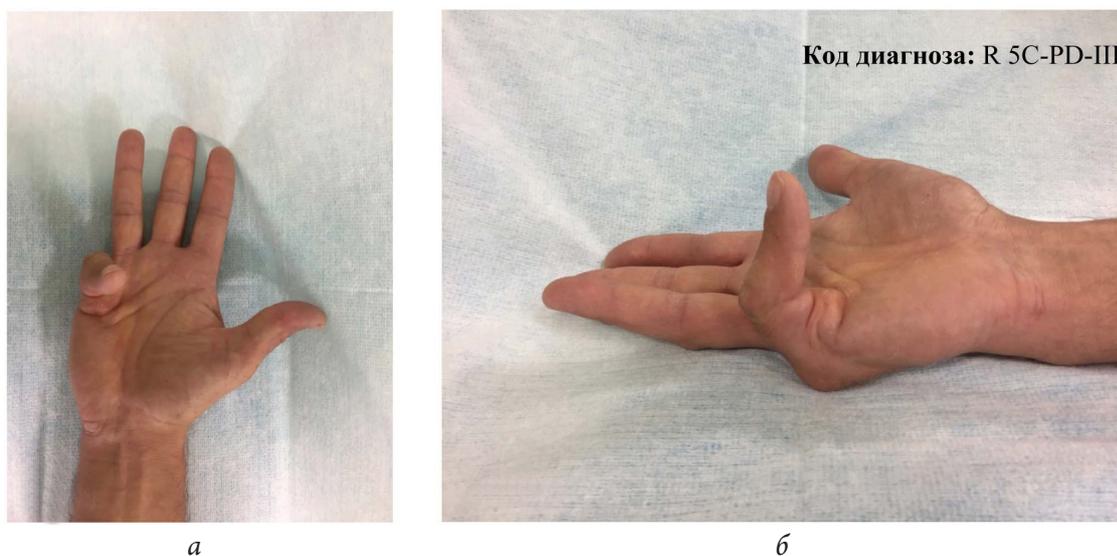


Рис. 12. Внешний вид правой кисти пациента с контрактурой Дюпюитрена III степени (R5C-PD-III): а – прямая проекция; б – боковая проекция



Рис. 13. Внешний вид правой кисти пациента с контрактурой Дюпюитрена III степени (L 45C-PD-III, 3C-P-I): *а* – прямая проекция; *б* – боковая проекция

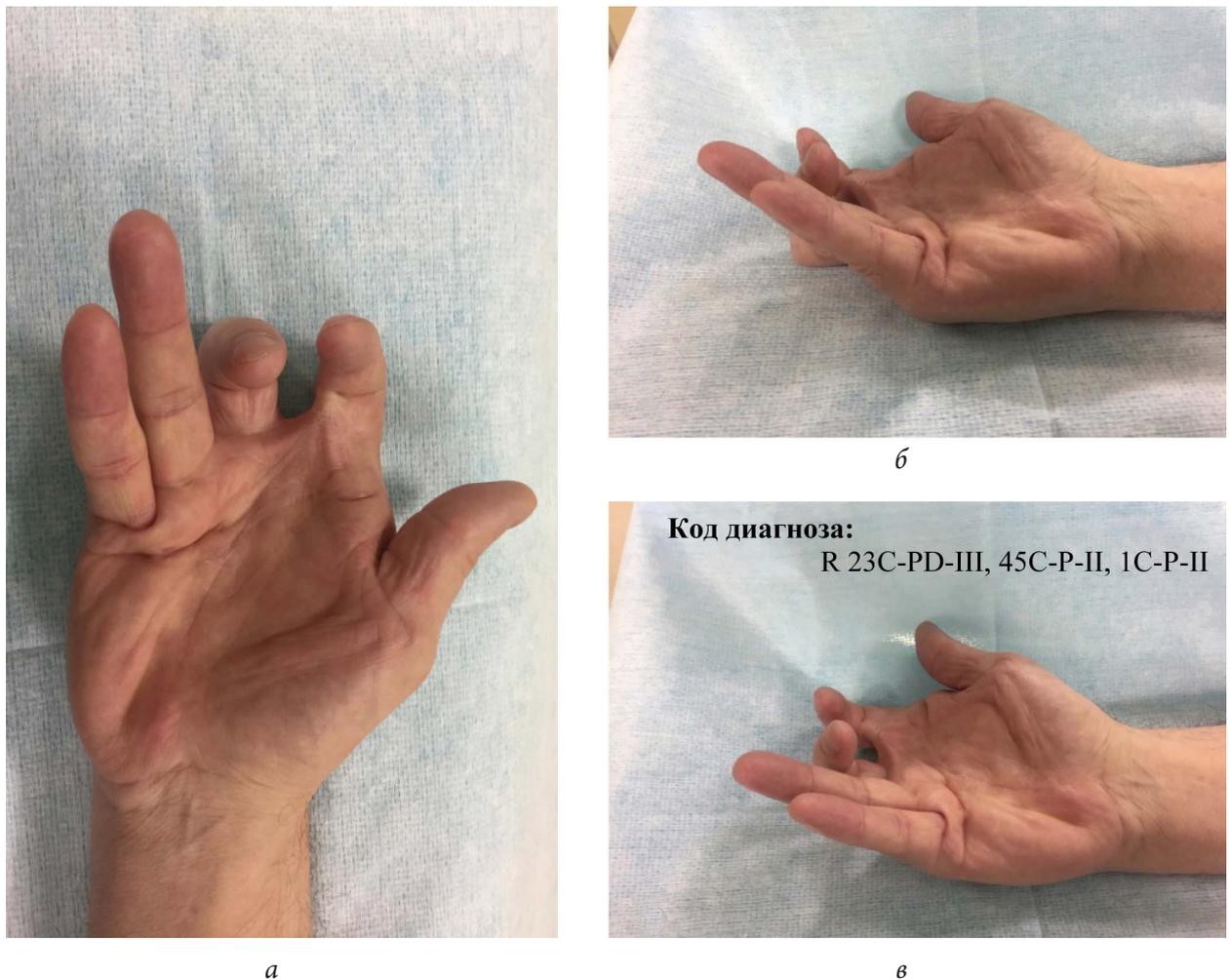


Рис. 14. Внешний вид правой кисти пациента с контрактурой Дюпюитрена III степени (R 23C-PD-III, 45C-P-II, 1C-P-II): *а* – прямая проекция; *б* – боковая проекция; *в* – средне-боковая проекция

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив существующие классификации контрактуры Дюпюитрена, мы выделили основные критерии, по которым разные авторы предлагали дифференцировать заболевание. Объединив их, мы предложили новую модификацию классификации R. Tubiana, позволяющую кодировать диагноз.

Использование предложенной кодировки диагноза контрактуры Дюпюитрена позволяет сэкономить время при заполнении медицинской документации, сохраняя полноту описания патологического процесса.

Такая стандартизация делает диагноз понятным на любом языке, что упростит общение специалистов из разных стран. Кодировав клинические наблюдения, можно создать единую базу в Интернет-пространстве, в которой можно будет найти любые формы заболевания по их коду.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Брянцева Л.Н. Контрактура Дюпюитрена. Л.; 1963:100 с. [Bryantseva L.N. *Kontraktura Dyupuyitrena* [Dupuytren's Contracture]. Leningrad; 1963:100 p. (In Russ.)].
2. Мелешко Е.Р. Дюпюитреновская контрактура и ее лечение. Хирургия. 1939;(12):78–85. [Meleshko E.R. *Dyupuytrenovskaya kontraktura i yeye lecheniye* [Dupuytren's Contracture and its' treatment]. *Hirurgiya – Surgery*. 1939;12:78–85. (In Russ.)].
3. Воробьев В.Н. Контрактура Дюпюитрена и ее хирургическое лечение. Вестн. хирургии. 1957;(12):41–46. [Vorob'yev V.N. *Kontraktura Dyupuyitrena i yeye hirurgicheskoye lecheniye* [Dupuytren's Contracture and its' surgery treatment]. *Vestnik hirurgii – Journal of Surgery*. 1957;12:41–46. (In Russ.)].
4. Tubiana R., Simmons B.P., De Frenne H.A.R. Location of Dupuytren's Disease on the Radical Aspect of the Hand. *Clin. Orthop. Rel. Research*. 1982;168:222–229.
5. Meyerding H.W. Dupuytren's Contracture. *Archives of Surgery*. 1936;32:320.
6. Белоусов А.Е. Реконструктивно-восстановительная хирургия. Питер: СПб.; 1998:348 с. [Belousov A.E. *Rekonstruktivno-vosstanovitel'naya hirurgiya* [Reconstructive Surgery]. Saint-Petersburg; Piter Publ.; 1998:348 p. (In Russ.)].
7. Karfic V. *Dyupuytrenova Kontraktura*. Praha, 1949.
8. Волкова А.М., Кузнецова Н.Л. Контрактура Дюпюитрена (Классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация): метод. рекомендации. Свердловск, 1986:19 с. [Volkova A.M., Kuznetsova N.L. *Kontraktura Dyupuyitrena (Klassifikatsiya, klinika, diagnostika, lecheniye, dispanserizatsiya)*. Metodicheskiye rekomendatsii [Dupuytren's Contracture (Classification, clinic, diagnostics, treatment, prophylactic medical examination). Guidelines]. Sverdlovsk; 1986:19 p. (In Russ.)].
9. Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. Избранные вопросы хирургии кисти. СПб.: НПО Профессионал; 2008:288 с. [Gubochkin N.G., Sharovalov V.M. *Izbrannyye voprosy hirurgii kisti* [Selected issues of hand surgery]. Saint-Petersburg; NPO Professional Publ.; 2008:288 p. (In Russ.)].
10. Жигало А.В. Особенности хирургической тактики лечения больных с тяжелыми степенями контрактуры Дюпюитрена: дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2010:111 с. [Zhigalo A.V. *Osobennosti hirurgicheskoy taktiki lecheniya bol'nykh s tyazhelymi stepenyami kontraktury Dyupuyitrena*. Dis. kand. med. nauk [Features of surgical treatment tactics of patients with severe stages of Dupuytren's contracture. Diss. Cand. Med. sci.]. Saint-Petersburg; 2010:111 p. (In Russ.)].
11. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.: Медицина; 1978:35 с. [Usol'tseva E.V., Mashkara K.I. *Hirurgiya zabolevaniy i povrezhdeniy kisti* [Surgery of hands diseases and injuries]. Leningrad; Medicine Publ.; 1978:335 p. (In Russ.)].
12. Топалов П.Д. К этиологии, патогенезу и клинике контрактуры Дюпюитрена. Ортопед, травматол. 1963;(12):36–41. [Topalov P.D. *K etiolologii, patogenezu i klinike kontraktury Dyupuyitrena* [To the etiology, pathogenesis and clinic of Dupuytren's contracture]. *Orthopedics Traumatology*; 1963;12:36–41. (In Russ.)].
13. Микусев И.Е. Контрактура Дюпюитрена (вопросы этиологии, патогенеза и оперативного лечения). Казань; 2001:176 с. [Mikusev I.E. *Kontraktura Dyupuyitrena (voprosy etiolologii, patogeneza i operativnogo lecheniya)* [Dupuytren's Contracture (issues of etiology, pathogenesis and surgical treatment)]. Kazan', 2001:176 p. (In Russ.)].
14. Волкова А.М. Хирургия кисти. Свердловск; 1993;2:10–58. [Volkova A.M. *Hirurgiya kisti* [Hand Surgery]. Sverdlovsk; 1993;2:10–58. (In Russ.)].
15. Жигало А.В., Почтенко В.В., Морозов В.В., Стадниченко С.Ю. Малоинвазивная игольная апоневротомия при лечении больных с контрактурой Дюпюитрена. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.

- 2017;20(3):33–44. [Zhigalo A.V., Pochtenko V.V., Morozov V.V., Stadnichenko S.Yu. Maloinvazivnaya igol'naya aponevrotomiya pri lechenii bol'nykh s kontrakturoy Dyupuytrena [Minimally invasive needle aponeurotomy in the treatment of patients with Dupuytren's contracture]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2017;20(3):33–44. (In Russ.)].
16. Жигало А.В., Ряполов А.В., Морозов В.В., Почтенко В.В., Малышев В.И. Фотодокументация в хирургии контрактуры Дюпюитрена. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2017;20(4):44–54. [Zhigalo A.V., Ryapolov A.V., Morozov V.V., Pochtenko V.V., Malyshev V.I. Fotodokumentatsiya v khirurgii kontraktury Dyupuytrena [Photo documentation in Dupuytren's disease surgery]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii – Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2017;20(4):44–54. (In Russ.)].

Поступила в редакцию 03.04.2018  
Утверждена к печати 18.05.2018

#### Авторы:

**Жигало Андрей Вячеславович** – канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед, руководитель Центра хирургии кисти ММЦ «СОГАЗ» (г. Санкт-Петербург).

**Морозов Виктор Викторович** – врач травматолог-ортопед, аспирант Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта (г. Санкт-Петербург).

**Почтенко Владимир Владимирович** – врач-хирург Центра хирургии кисти ММЦ «СОГАЗ» (г. Санкт-Петербург).

**Чевардина Мария Александровна** – врач Центра хирургии кисти ММЦ «СОГАЗ» (г. Санкт-Петербург).

#### Контакты:

**Жигало Андрей Вячеславович**

тел.: +7-951-656-59-11

e-mail: handcenter@mail.ru

#### Conflict of interest

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

#### Source of financing

The authors state that there is no funding for the study.

#### Information about authors:

**Zhigalo Andrei V.**, Cand. Med. Sci., chief of Hand Center, SOGAZ International Medical Center, St. Petersburg, Russian Federation.

**Morozov Victor V.**, graduate student, G.A. Albreht Federal Scientific Disabled Persons Rehabilitation Center, St. Petersburg, Russian Federation.

**Pochtenko Vladimir V.**, surgeon, SOGAZ International Medical Center, St. Petersburg, Russian Federation.

**Chevardina Mariya A.**, SOGAZ International Medical Center, St. Petersburg, Russian Federation.

#### Corresponding author:

**Zhigalo Andrei V.**

Phone: +7-951-656-59-11

e-mail: handcenter@mail.ru