

каждого) позволили впервые в нашем учреждении выполнить у ребенка одномоментную ЛХЭ с последующей ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцией под одним наркозом с благоприятным послеоперационным периодом.

Для разработки оптимального метода и сроков лечения холецистохоледохолитиаза необходимы проспективные рандомизированные контролируемые исследования с участием более крупных групп пациентов детского возраста.

Литература/References

1. Capparelli M., Canestrari S., Ortiz R., D'Alessandro P., Ayarzal V., Barrenechea M. Trend in predictive factors of choledocholithiasis: the key to the management of pediatric patients with suspected gallstones. *Cir. Pediatr.* 2024;37(3):110-115. <https://doi.org/10.54847/cp.2024.03.12>
2. Pogorelić Z., Lovrić M., Jukić M., Perko Z. The laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration: A single-step treatment of pediatric cholelithiasis and choledocholithiasis. *Children.* 2022;9(10):1583. <https://doi.org/10.3390/children9101583>
3. Buxbaum J. L., Fehmi S. M. A., Sultan S., Fishman D. S., Qumsey B. J. [et al.]. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest. Endosc.* 2019;89(6):1075. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.001>
4. Lyu Y., Cheng Y., Li T., Cheng B., Jin X. Laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a meta-analysis. *Surg. Endosc.* 2019;33(10):3275-3286. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-06613-w>
5. Rauh J., Dantes G., Wallace M., Collings A., Sanin G. D. [et al.]. Transcystic laparoscopic common bile duct exploration for pediatric patients with choledocholithiasis: A multi-center study. *J. Pediatr. Surg.* 2024;59(3):389-392. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.10.046>
6. Qi S., Xu J., Yan C., He Y., Chen Y. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(36):e34884. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034884>

Поступила 27.11.2024

Сведения об авторах:

Пыхтеев Дмитрий Анатольевич, кандидат медицинских наук, руководитель отделения детской хирургии; тел.: +79037308214; e-mail: salta.70@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7432-7004>

Елин Леонид Михайлович, старший научный сотрудник, врач – детский хирург; тел.: +79856161019; e-mail: elin.lenya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2230-9220>

Прокофьев Максим Владиславович, младший научный сотрудник, врач – детский хирург; тел.: +79771320020; e-mail: maxprokof@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-9102-8550>

Шаповалов Алексей Викторович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, врач-эндоскопист отделения эндоскопии; тел.: +79161755244; e-mail: doctorxray83@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3332-7310>

Хабалова Кристина Владимировна, студентка; тел.: +79160981890; e-mail: kristi_habalova@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-6314-0684>

© Коллектив авторов, 2025

УДК 617.576-006.327-07:618.492

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20014>

ISSN – 2073-8137

Клинический случай болезни Дюпюитрена у монозиготных близнецов

В. Б. Шамик¹, А. Л. Елфимов¹, В. Э. Росторгуев¹, П. В. Шамик², А. А. Тохтамишян¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Ростовская клиническая больница Южного медицинского центра ФМБА России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

A clinical case of Dupuytren's disease in monozygotic twins

Shamik V. B.¹, Elfimov A. L.¹, Rostorguev V. E.¹, Shamik P. V.², Tokhtamishyan A. A.¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Federal Medical & Biological Agency of Southern District Medical Center, Rostov Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation

Представлено клиническое наблюдение болезни Дюпюитрена у гомозиготных близнецов. У обоих пациентов первые признаки заболевания появились в возрасте 30–40 лет. У одного из них травма сухожильного аппарата предплечья явилась пусковым механизмом для прогрессирования заболевания, потребовавшего хирургического

вмешательства. Операция селективной фасциэктомии выполнена пациенту в возрасте старше 60 лет, получены хорошие результаты в отдаленном послеоперационном периоде. Проявление заболевания у гомозиготных близнецов (а также у их отца) подтверждает, что болезнь Дюпюитрена имеет наследственный компонент и высокую наследуемость, достигающую, по данным литературы, 80 %.

Ключевые слова: болезнь Дюпюитрена, гомозиготные близнецы, селективная фасциэктомия

The item presents a clinical observation of Dupuytren's disease manifestation in homozygous twins. Both patients developed the first signs of the disease at the age of 30–40. In one of them, the injured tendon apparatus in the forearm triggered the disease progression, requiring surgical intervention. Selective fasciectomy was performed on the patient aged over 60 years, with good outcomes obtained within a remote postoperative period. In view of this, the manifestation of the disease in homozygous twins serves proof to the fact that Dupuytren's disease has a significant hereditary component as well as an overall heritability going up to 80 %.

Keywords: Dupuytren's disease, homozygous twins, selective fasciectomy

Для цитирования: Шамик В. Б., Елфимов А. Л., Росторгуев В. Э., Шамик П. В., Тохтамишян А. А. Клинический случай болезни Дюпюитрена у монозиготных близнецов. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2025;20(1):54–56. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20014>

For citation: Shamik V. B., Elfimov A. L., Rostorguev V. E., Shamik P. V., Tokhtamishyan A. A. A clinical case of Dupuytren's disease in monozygotic twins. *Medical News of North Caucasus*. 2025;20(1):54–56. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20014> (In Russ.)

Болезнь Дюпюитрена представляет собой доброкачественное фибропролиферативное заболевание ладонной и пальцевой фасций кисти, при котором пальцы постепенно втягиваются в ладонь за счет прогрессивного образования рубцовой ткани. Это расстройство вызывает функциональные ограничения кисти и в западной популяции поражает 12 % среди лиц в возрасте 55 лет, увеличиваясь до 29 % среди лиц в возрасте 75 лет [1].

Недавний метаанализ [2] показал, что распространенность этого заболевания в мире составляет примерно 8 %. Самые высокие зарегистрированные показатели распространенности составляют 17 % в Африке, 15 % в Азии, 10 % в Европе и 2 % в Америке. Мужчины болеют в 3–4 раза чаще, чем женщины, а заболеваемость на 10 000 человек населения увеличивается с возрастом, повышаясь примерно с 5 в возрастной группе до 50 лет до 15 (50–59 лет), 30 (60–69 лет) и, наконец, до 40 (70–79 лет).

Комплексный генетический анализ, проведенный рядом исследователей, не обнаружил доказательств в поддержку ранее постулированной теории, связывающей болезнь Дюпюитрена с нордическим или «викингским» происхождением [2].

За последние 20 лет в зарубежной литературе опубликованы 2 научные работы по этой теме с результатами когортного исследования близнецов в Дании и Великобритании [3, 4]. Наследуемость болезни Дюпюитрена составляет примерно 80 %. Генетические факторы играют важную роль в предрасположенности к болезни Дюпюитрена у мужчин. В отечественной литературе мы не нашли ни одной работы с описанием данного заболевания у близнецов.

В связи с этим клиническое наблюдение болезни Дюпюитрена у монозиготных близнецов представляет научный и практический интерес.

В клинике травматологии и ортопедии на лечении находился пациент К. мужского пола в возрасте старше 60 лет. Из анамнеза заболевания известно, что первые проявления болезни возникли в возрасте 30–40 лет на обеих кистях. В 25-летнем возрасте была травма правого предплечья в виде резаной раны по ладонной поверхности в дистальной части с повреждением сухожилий (со слов больного). Уточнить характер травмы и проведенное лечение не удалось. Именно на этой кисти в возрасте старше 50 лет у боль-

ного началось резкое прогрессирование сгибательной контрактуры IV пальца с дальнейшим вовлечением в процесс V пальца. Профессия пациента не связана с физическим трудом (преподаватель), физические нагрузки на обе кисти общестатистические. Из анамнеза также известно, что у пациента есть брат, гомозиготный близнец, у которого также имеется контрактура Дюпюитрена. Заболевание у брата начало проявляться клинически в близкий возрастной период – 30–40 лет. Отец близнецов также страдал болезнью Дюпюитрена.

За медицинской помощью К. обратился в связи с затруднением самообслуживания и возникшими проблемами на работе из-за нарушения функции кисти.

На основании клинического обследования поставлен диагноз – контрактура Дюпюитрена правой кисти, ладонно-пальцевая форма III степени с поражением IV и V пальцев. На левой кисти также была диагностирована болезнь Дюпюитрена, ладонная форма I степени с поражением IV пальца (рис. 1). Для диагностики заболевания мы использовали классификацию R. Tubiana [5].



Рис. 1. Кисти больного К. На ладонной поверхности правой кисти в проекции IV пястной кости определяется выраженный рубцовый тяж, деформирующий кисть и переходящий на IV палец, который находится в положении сгибания до угла 90°. На ладонной поверхности левой кисти в проекции IV пястной кости также прослеживаются рубцовые изменения с переходом на основную фалангу IV пальца, пальцы находятся в положении разгибания. Клиническая картина соответствует болезни Дюпюитрена справа III степени и слева I степени

Обе кисти брата-близнеца также поражены болезнью Дюпюитрена ладонной формой I степени в проекции III–IV пальцев (рис. 2).



Рис. 2. Кисти брата гомозиготного близнеца. На ладонной поверхности правой кисти в проекции III пястной кости определяется рубцовый тяж белесоватого цвета, пальцы находятся в положении разгибания. На ладонной поверхности левой кисти в проекции IV пястной кости прослеживаются такие же изменения, пальцы разогнуты. Клиническая картина соответствует болезни Дюпюитрена I степени

Пациенту К. выполнено хирургическое вмешательство для устранения контрактуры – селективная фасциэктомия. Операция выполнялась под комбинированным обезболиванием – внутривенный наркоз в сочетании с проводниковой анестезией верхней конечности. Хирургическое вмешательство выполнено под жгутом. Использовали S-образный кожный разрез с учетом ладонных линий на кисти. Дополнительно на пальцах применили П-образный и L-образный

кожные разрезы также с учетом анатомических линий на ладонной поверхности пальцев. После выделения рубцово измененного ладонного апоневроза было выполнено его максимально возможное иссечение, капсулотомия в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах и продольное рассечение синовиальных пальцевых карманов. Пассивная функция пальцев кисти восстановилась в полном объеме. Сосудисто-нервные пучки ладонной поверхности кисти и пальцев сохранены. Раны ушиты единичными узловыми швами атравматическими нитями. Проведено пассивное и активное дренирование. В послеоперационном периоде раны зажили первичным натяжением с незначительным краевым некрозом, не требующим в дальнейшем проведения кожных пластик. Больной получал антибиотики, препараты, улучшающие микроциркуляцию мягких тканей. Дренажи удалены через 5 дней. Была использована гипсовая иммобилизация в положении разгибания пальцев кисти в течение 3 недель, пассивную гимнастику пальцев кисти начали проводить на третьи сутки после операции. Швы сняты через 3 недели. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах получены хорошие результаты хирургического лечения.

Таким образом, наличие заболевания у гомозиготных близнецов, а также у их отца подтверждает, что болезнь Дюпюитрена имеет значительный наследственный компонент и прослеживается как минимум в двух поколениях. Хотя болезнь Дюпюитрена неизлечима, существуют хорошие методы ее коррекции, в частности использованная авторами ограниченная фасциэктомия, которая является стандартом в лечении этого заболевания. Авторы согласны с мнением других клиницистов, что случаи возможных рецидивов контрактур Дюпюитрена после операции отражают патофизиологию заболевания и не могут рассматриваться как осложнения лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

- Rodrigues J. N., Becker G. W., Ball C., Zhang W., Giele H. [et al.]. Surgery for Dupuytren's contracture of the fingers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;12:CD010143. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010143.pub2>
- Ruettermann M., Hermann R. M., Khatib-Chahidi K., Werker P. M. N. Dupuytren's disease – etiology and treatment. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2021;118(46):781-788. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0325>
- Williams F. M., Kalson N. S., Fabiane S. M., Mann D. A., Deehan D. J. Joint Stiffness Is Heritable and Associated with Fibrotic Conditions and Joint Replacement. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133629. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133629>
- Larsen S., Krogsgaard D. G., Aagaard Larsen L., Iachina M., Skytthe A., Frederiksen H. Genetic and environmental influences in Dupuytren's disease: A study of 30330 Danish twin pairs. *J. Hand Surgery (European Volume)*. 2015;40E(2):171-176. <https://doi.org/10.1177/1753193414535720>
- Жигало А. В., Морозов В. В., Почтенко В. В., Чевардина М. А. Современный подход к классификации контрактур Дюпюитрена. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*. 2018;2(65):50-61. [Zhigalo A. V., Morozov V. V., Pochtenko V. V., Chevardina M. A. Modern approach to classification of Dupuytren disease. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy hirurgii*. – *Issues of reconstructive and plastic surgery*. 2018;2(65):50-61. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17223/1814147/65/07>

Поступила 08.10.2024

Сведения об авторах:

Шамик Виктор Борисович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской хирургии и ортопедии; тел.: +79185577736; e-mail: prof.shamik@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0461-8700>

Елфимов Алексей Леонидович, кандидат медицинских наук, руководитель центра травматологии, ортопедии и медицинской реабилитации клиники; тел.: +79185609176; e-mail: 19elf95@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-2622-1998>

Росторгуев Владимир Эдуардович, врач – травматолог-ортопед; тел.: +79054567430; e-mail: v.rostorguev@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-9657-6739>

Шамик Павел Викторович, врач-хирург хирургического отделения; тел.: +79885558820; e-mail: pavelshamik2013@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0169-4978>

Тохтамишян Арсен Аведикович, врач – анестезиолог-реаниматолог клиники; тел.: +79054579906; e-mail: A_P_C_E_H_L_M@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-0863-4734>