

ВИБРАНІ ЕТІОЛОГІЧНІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КОНТРАКТУРОЮ ДЮПЮІТРЕНА

Іскра Н.І.¹, Гур'єв С.О.², Кузьмін В.Ю.^{1,2}, Кукуруз Я.С.²

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф*

Вступ Не дивлячись на те, що пройшло не мало часу з визначення Дюпюїтреном (Dupuytren) анатомічного субстрату захворювання, чисельність робіт проведених у даному напрямку єдина причина розвитку захворювання так і лишається не визначеною.

Поєднання випадків контрактури Дюпюїтрена з іншою патологією стало підставою для пошуку загальної причини, що викликають ці захворювання. Так, наявність фіброзної тканини, збільшення вироблення колагену, що у свою чергу приводить до збільшення кількості сполученої тканини та однорідність процесу її переродження, констатована при гістологічному дослідженні, - є вагомими аргументами на користь спорідненості патологічного процесу контрактури Дюпюїтрена та фіброзу печінки.

Мета. Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих з контрактурою Дюпюїтрена викликаную гострою колотою травмою долоні шляхом урахування окремих патогенетичних особливостей, вивчення регресії фіброзних змін та оптимізації методів лікування.

Методи. Для реалізації мети нами було обстежено 38 хворих (чоловіки віком 45-55 років - ліквідатори та постраждали в наслідок аварії на ЧАЕС), які знаходились на лікванні у стаціонарі НЦРМ АМН України та Ірпенському військовому госпіталі.

Проведене безпосередньо після травмування консервативне лікування поєднувало місцеві та загальні заходи направлені на купування процесу запалення. Термін від травмування до звернення з приводу змін деформуючого характеру долонної поверхні травмованої кисті складав 6 місяців. У хворих мала місце I ступінь деформації кисті. Курс лікування складав 20-21 день.

В залежності від виду післяопераційного лікування усіх хворих було поділено на 3 групи: до 1^{ої} групи увійшли 12 хворих, які отримували місцево лідазу; до 2^{ої} групи - 13 хворих, які отримували місцево гідрокортизон; до 3^{ої} групи - 13 хворих, які отримували місцево лідазу (10 діб) та місцево підводився розчин, що включав дімексид, фізіологічний розчин та фуразолідон на область печінки бешофіт (11 діб).

Місцеве підведення медикаментозного комплексу проводилось апаратом для гальванізації "Поток-1" струм низької напруги 30-80Вт та сили 50мА. Експозиція підведення складала 15хв., інтенсивність струму становила 0,05-0,1мА/см². З метою більш глибокого підведення препаратів протягом наступних 5хв. після гальванізації проводили ультразвукову терапію апаратом "Барвінок" з розрахунку 2 мВт/см².

На область печінки проводили двухполюсне сегментарне введення бешофіту. Експозиція підведення складала 15хв. (апаратом для гальванізації "Поток-1").

Результати та їх обговорення . Отримані результати дослідження показали, що у всіх обстежених хворих прогресування захворювання не спостерігалось. У пацієнтів 1^{ої} групи регресія захворювання спостерігалась лише у 4 хворих. Показники фібро-тесту цих хворих до початку лікування відповідали F1 (0,28-0,31) стадії фіброзу, а тривалість патологічного процесу у печінці була до 5 років.

У 5 хворих 2^{ої} групи також мав місце зворотній розвиток патологічного процесу у долонній поверхні травмованої кисті. Варто визначити, що тривалість патологічного процесу у печінці у цих хворих була до 5 років, а показники фібро-тесту відповідали F0-F1 (0,22-0,27) стадії фіброзу печінки.

Регресія патологічного процесу після проведеного місцевого лікування спостерігалась у всіх хворих 3^{ої} групи. Показники фібро-тесту цих хворих до початку лікування відповідали: F1 (0,28-0,31) у 5 хворих та F1-F2 (0,32-0,48) у 8 хворих, а

тривалість патологічного процесу у печінці була: у 6 хворих до 5 років та у 7 хворих від 5 до 10 років.

Висновки. Отримані результати є свідченням того, що розроблена на основі етіопатогенетичних особливостей раціональна методика лікування хворих з контрактурою Дюпюїтрена, що викликано гострою колотою травмою долоні дозволяє досягти регресії фіброзних змін, значно покращує динаміку раньового процесу та дозволяє зменшити кількість ускладнень у ранньому післятравматичному періоді.