

## ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОНТРАКТУРОЮ ДЮПОІТРЕНА

Н.І. Іскра<sup>1</sup>, Я.С. Кукуруз<sup>2</sup>, В.Ю. Кузьмин<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

<sup>2</sup>Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф  
м. Київ, Україна

**Вступ.** Не дивлячись на суттєву механізацію умов праці та побуту населення, наслідки наявності контрактури Дюпоїтрена лишаються соціально вагомою проблемою, у зв'язку з тим, що при даній патології вражається один з найбільш тонких інструментів людського тіла – кисть.

Аналіз статистичних даних свідчить, що захворюваність на контрактуру Дюпоїтрена доволі висока – 5,9% у структурі захворювань кисті. Водночас спостерігається велика частота незадовільних результатів лікування до 30,0% при хірургічному лікуванні хворих з цією патологією.

**Мета роботи:** Метою нашого дослідження було покращення оперативного лікування хворих з контрактурою Дюпоїтрена II та III ступеню деформації кисті шляхом вивчення окремих патогенетичних особливостей та оптимізації методів лікування.

**Методи.** Для реалізації встановленої мети, нами було обстежено 98 хворих (чоловіки віком від 45-75 років) - постраждалих та ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС, які знаходились на лікуванні у стаціонарі НЦРМ АМН України та Ірпенському військовому госпіталі.

Проведене оперативне втручання було малоінвазивним паліативним, направленим на покращення функції пальців та кисті у цілому за рахунок нормалізації об'єму рухів з проведенням гістохімічного дослідження. Термін від оперативного втручання до активних рухів складав 11-12 діб.

В залежності від виду післяопераційного лікування, усіх хворих було поділено на 3 групи. До 1-ої (контрольної) групи увійшли 32 хворих, лікування яких проводилось за загально визнаною методикою. Хворі 2-ої та 3-ої групи, починаючи з 3-го тижня після початку активних рухів, отримували місцеве медикаментозне лікування. Так 30 хворих 2-ої групи отримували місцево лідазу, а 36 хворим 3-ої групи місцево підводився розчин, що включав дімексид, фізіологічний розчин та фуразолідон.

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

**Результати та їх обговорення.** Отримані результати гістохімічного дослідження показали, що у всіх обстежених хворих скупчення мукополісахаридів спостерігається не у всій тканині, яка складає тяж при контрактурі Дюпоїтрена, а лише у осередках проліферації. Рецидив захворювання мав місце у 4 хворих 1-ої групи та у 2 хворих 2-ої групи. У пацієнтів 3-ої групи рецидивів, які потребували б радикального оперативного втручання не спостерігалось. У 2-ої та 3-ої групи хворих мала місце помітна динаміка прискорення раньового процесу. Відновлення працездатності у 22 хворих 1-ої групи мало місце на 52-53 добу після оперативного втручання, у 10 пацієнтів - на 62 добу. У 16 хворих 2-ої групи працездатність відновилась на 42 добу після оперативного лікування, у 14 пацієнтів - на 44 добу. У хворих 3-ої групи відновлення працездатності спостерігалось вже на 39 добу лікування, а суттєве поліпшення спостерігалось на 34 добу.

**Висновки.** Отримані результати є свідченням того, що розроблена на основі морфологічних даних раціональна методика лікування хворих з контрактурою Дюпоїтрена у післяопераційному періоді прискорює динаміку раньового процесу та дозволяє зменшити кількість ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.