
РОЛЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

*Д.А. Бугаев, В.Я. Горбунков**

Одной из основных задач диспансеризации является активное наблюдение за здоровьем населения, что в конечном итоге должно приводить к снижению заболеваемости, сохранению трудоспособности и увеличению средней продолжительности жизни населения.

Заболеванием, которое существенно влияет на общую и профессиональную трудоспособность пациентов, и, следовательно, значительно снижает качество их жизни – является контрактура Дюпюитрена. Это хроническое, прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением ладонного апоневроза.

Для активного выявления контрактуры Дюпюитрена нами было осмотрено 279 пациентов, обратившихся с различными травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в одну из районных поликлиник Ставропольского края. Мужчин было 74,9% (n=209), женщин – 25,1% (n=70). Контрактура Дюпюитрена была диагностирована в 12,5% (n=35) случаев. Из них мужчины составили 60% (n=21), женщины 40% (n=14).

В 28,5% (n=10) случаев больные не смогли предоставить информацию о длительности заболевания. В 11,4% (n=4) наблюдениях до нашего осмотра пациенты не обращали внимания на плотные образования по ладонной поверхности кисти. В 8,6% (n=3) наблюдений пациенты сообщили, что «болеют много лет». Точную длительность заболевания удалось установить только у 62,9% (n=22) больных, которая варьировала от 1 года до 20 лет, в среднем $7,7 \pm 5,6$ лет.

Контрактура Дюпюитрена была впервые выявлена у 82,8% (n=29) больных, которые, даже при длительно существующих функциональных на-

* **Ставропольская государственная медицинская академия**
Горбунков Виктор Яковлевич – декан, (8652)37-06-90

рушениях, ранее не были осмотрены травматологом-ортопедом. При этом за годы болезни они многократно посещали других врачей-специалистов, в том числе и хирургического профиля. Двое больных (5,7%) получали нерегулярную консервативную терапию у хирурга поликлиники. У четырех пациентов в разные годы при осмотре хирурга или участкового терапевта была диагностирована контрактура Дюпюитрена, но лечение и консультация травматолога-ортопеда им не назначались, диспансерное наблюдение не проводилось.

В зависимости от выраженности патологического процесса выделены 4 степени контрактуры Дюпюитрена [1]:

I-я степень – появление изменений в ладонном апоневрозе (неподвижные узлы и тяжи, воронкообразные втяжения кожи) без контрактуры пальцев;

II-я степень – появление контрактуры пальцев (ограничение разгибания в пястно-фаланговых суставах) в пределах до 30°;

III-я степень – дефицит разгибания пальца от 30° до 90°;

IV-я степень – дефицит разгибания пальца превышает 90° и характеризуется поражением сухожилий и капсульно-связочного аппарата суставов.

На основании изложенных выше критериев больные распределены следующим образом: I-я степень контрактуры – 54,2% (n=19); II-я степень – 22,8% (n=8); III-я степень – 14,4% (n=5); IV-я степень – 8,6% (n=3). Достоверно преобладали ($t > 2$) пациенты с первой степенью заболевания.

По завершению осмотра всем больным, независимо от степени заболевания, был рекомендован комплекс консервативного лечения и ортопедический режим, при II- IV степени заболевания – оперативное лечение по месту жительства, в том числе в условиях отделения амбулаторной хирургии.

Рекомендованный курс консервативной терапии прошли только 5 пациентов: четыре с I-ой и один со II-ой степенью заболевания, все - женщины. На оперативное лечение согласилось четыре пациента: три женщины и один мужчина. Из них: II-я степень заболевания была у трех пациентов, III-я степень – у одного.

Всего пролечено 25,7% (n=9) больных. Для консервативной терапии и восстановительного лечения в послеоперационном периоде применялся традиционный комплекс лечебных факторов: физиотерапия, лечебная физкультура, ортопедический режим, общеукрепляющая медикаментозная терапия и лечение сопутствующих заболеваний. Для оперативного лечения использо-

валась методика «открытая ладонь и пальцы» [2]. Во всех случаях оперативного лечения получены хорошие функциональные и косметические результаты. При последующем диспансерном наблюдении оперированных больных (от 1 до 2,5 лет) рецидивы заболевания не зарегистрированы.

В 26 случаях больные по различным причинам отказались от предложенного лечения (боязнь предстоящего оперативного вмешательства из-за возможного обострения сопутствующей патологии, нежелание менять привычный уклад жизни из-за предстоящего лечения, особенно оперативного, трудности в посещении лечебных учреждений, выход на пенсию, выполнение неквалифицированного труда, не требующего точных движений и т. д.). Отметим, что наиболее негативная реакция со стороны пациентов была в тех случаях, когда требовалось оперативное лечение в лечебных учреждениях, расположенных за пределами их постоянного места жительства (у пациентов с III-IV степенью контрактуры и тяжелыми сопутствующими заболеваниями).

Таким образом, основываясь на результатах проведенного нами исследования, можем сказать, что при проведении диспансерных осмотров населения диагностике и последующему лечению контрактуры Дюпюитрена в районных лечебных учреждениях не уделяется необходимое внимание. Как следствие, зарегистрирована высокая частота впервые выявленных заболеваний, в т.ч. и III-IV степени. Следует отметить, что с увеличением возраста пациентов, особенно мужчин, характерно снижение мотивации к предлагаемому лечению, что, возможно, связано с низким социальным статусом жителей сельской местности. Одним из направлений, позволяющих повысить эффективность диспансеризации населения, в том числе и своевременное выявление контрактуры Дюпюитрена, следует считать целенаправленное обучение врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, вопросам диагностики заболеваний кисти.

Литература

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – С. 420-422.
2. Варенцев Ю.А., Березуцкий С.Н., Метелкин А.Н., Кожурова В.Е. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена методом «открытая ладонь и пальцы» / Тезисы докладов I международного конгресса «Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности», Москва 30 мая – 1 июня 2007 г. – М., 2007. – С. 239.