

Ю. И. Мажуга, Е. В. Лазовикова
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДЕ КЕРВЕНА
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. П. И. БЕСПАЛЬЧУК,
Кафедра травматологии и ортопедии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Работа посвящена изучению болезни Де Кервен и анатомическим особенностям первого канала разгибателей кисти, приведены результаты анализа 50 историй болезни пациентов с данным диагнозом, проведена оценка отдаленных результатов хирургического лечения.

Ключевые слова: болезнь Де Кервена, палец геймера.

Resume. Work is devoted to studying de Quervain's disease and anatomical features of the first dorsal compartment, shows the results of analysis of 50 case histories of patients with this diagnosis, the article contents the result of evaluation of the long-term results of surgical treatment.

Keywords: de Quervain's disease, gamer's thumb.

Актуальность. Болезнь де Кервена (стенозирующий лигаментит I костно-фиброзного канала) – это заболевание, характеризующееся воспалением стенки 1-го канала разгибателей пальцев кисти (I костно-фиброзный канал) и его содержимого: сухожилия короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец и их синовиальных влагалищ. Данная патология является одной из самых часто встречаемых в структуре в отделении хирургии кисти 6-ой ГКБ г. Минска. По данным литературы данная патология составляет 80-85% от всех стенозирующих лигаментитов разгибателей пальцев кисти, встречаемость составляет 0,6 на 1000 населения в возрасте до 20 лет, 2 на 1000 населения в возрасте старше 40 лет, у женщин развивается в 7-8 раз чаще, чем у мужчин [2].

Основным этиологическим фактором является монотонный, напряженный физический труд руками [3]. Например: вследствие часто повторяющихся движений большого пальца связанных с профессиональной деятельностью пациента, когда мама берет ребенка на руки, вследствие гормональной перестройки организма женщин после родов либо в период климакса, Это объясняет тот факт, что женщины чаще страдают данной патологией, чем мужчины.

Субстратом данного страдания является ущемление сухожилия длинной мышцы, отводящей I палец и сухожилия короткого разгибателя I пальца при прохождении через первый тыльный канал разгибателей кисти, ввиду его некоторых анатомических особенностей. Варианты строения канала заключаются в том, что очень часто внутри основного канала находится дополнительный канал, стеноз может быть как основного, так и дополнительного канала. Через дополнительный канал проходит, как правило, сухожилие короткого разгибателя большого пальца. Еще одной особенностью является сухожилие длинной мышцы, отводящей большой палец, оно может быть представлено не одним, а несколькими: от 1 до 4 отдельными телами сухожилий, что может привести к трудностям в дифференцировании сухожилий в данном канале [1].

Цель: изучить эффективность хирургического лечения болезни Де Кервена.

Задачи:

1. сравнить встречаемость болезни Де Кервена у мужчин и женщин.

2. определить взаимосвязь возраста и данной патологии
3. оценить наиболее подверженные риску развития стенозирующего лигаментита первого канала разгибателей кисти сферы деятельности населения.
4. проанализировать эффективность хирургического лечения.

Материал и методы. Исследование проводилось с сентября 2017 по март 2018 г. на базе 6 ГКБ. Под нашим наблюдением находился 50 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет, из них 44 женщины и 6 мужчин. Средний возраст $50,1 \pm 12,8$ лет (рисунок 1).

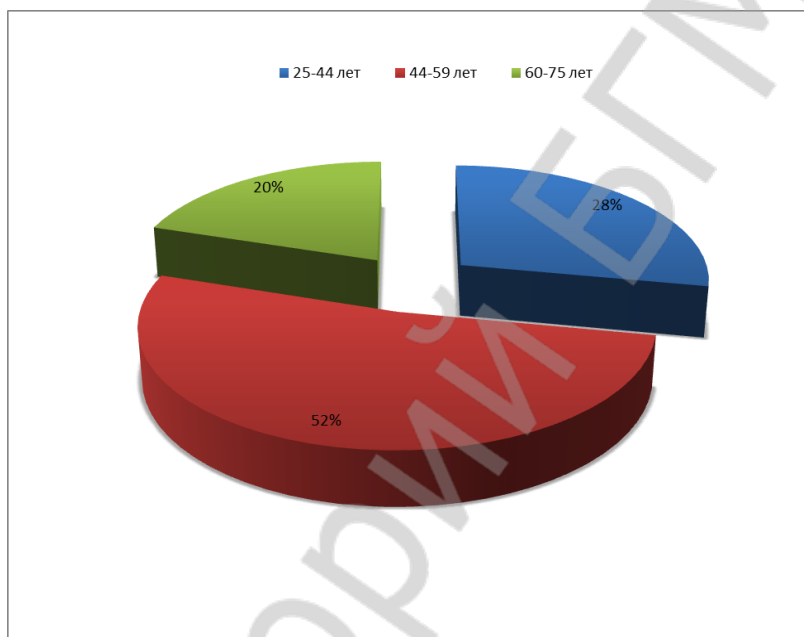


Рисунок 1 – Возрастная структура

Заболевание на левой руке имело место в 26 случаях, правой – в 27, обе руки были поражены в 3 наблюдениях (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по стороне поражения.

Левая рука	Правая рука	Обе руки
23 пациентов	24 пациентов	3 пациента

По занятости преобладали профессии, связанные с легким физическим трудом (водители, продавцы, инженеры) и преимущественно с умственным трудом (кассиры, учителя, воспитатели, экономисты), из 50 пациентов 13 находятся на пенсии.

На момент поступления пациенты предъявляли жалобы на боль в зоне лучезапястного сустава со стороны первого пальца, усиливающуюся при движении пальца, сгибании, разгибании его или при повороте кисти, скрип в суставе при движении большим пальцем, ограничение движений большим пальцем. При пальпации сустава отмечается болезненность. Давность заболевания составила от 1 месяца до 18 месяцев (рисунок 2).

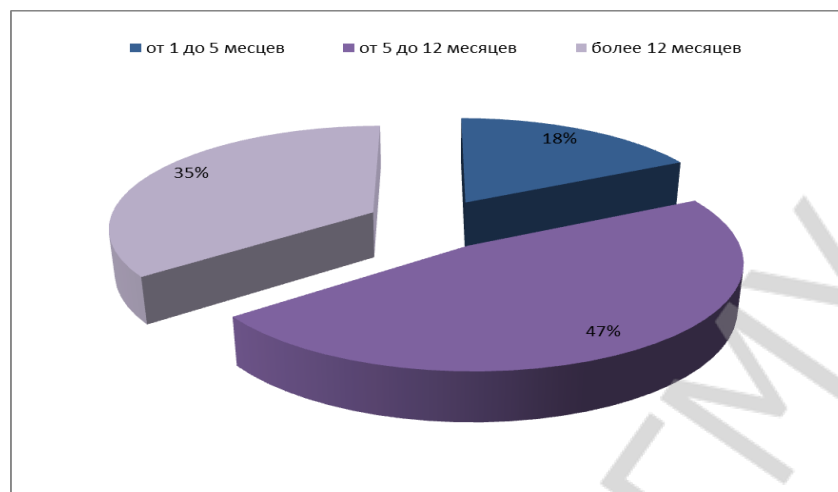


Рисунок 2 – Распределение пациентов по длительности за заболевания

Для уточнения диагноза всем пациентам проводился тест Финкельштейна: врач захватывает большой палец пациента, сгибает его и просит пациента отвести кисть в локтевую сторону. Тест считается положительным при возникновении резкой болезненности в области запястья [4].

Результаты и их обсуждение. По данным литературы, консервативное лечение эффективно лишь на начальных стадиях заболевания, частота возникновения рецидивов составляет от 70 до 85%. Эффективность оперативного лечения — около 90% [2]. Выполняется эндоскопическая или открытая лигаментотомия с ревизией основного и дополнительного канала, рассечением удерживателя разгибателей и декомпрессией сухожилий с восстановлением их свободного скольжения. Во время открытой операции выполняется небольшой доступ к измененной связке 1-го костно фиброзного канала, которая покрывает сухожилия (рисунок 3). Верхняя стенка канала иссекается, тем самым достигается декомпрессия сухожилий (рисунок 4). Рана ушивается послойно (рисунок 5).



Рисунок 3 – Оперативный доступ



Рисунок 4 – Декомпрессия сухожилий



Рисунок 5 – Ушивание раны

Всего проведено 53 операции. Одна пациентка от операции отказалась. Все оперативные вмешательства прошли успешно, послеоперационный период протекал без осложнений. В одном случае потребовалась повторная операция через 4 месяца. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 суток. Швы были сняты на 12-14 сутки. Эффективность оперативного лечения составила 98 %. При выписке из стационара всем больным был рекомендован комплекс восстановительного лечения, включавший физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, нестероидную противовоспалительную терапию. Все прооперированные пациенты отмечали исчезновение боли и возвращение полной функциональности оперированных кистей в течение 1-2 месяцев после операции, симптом Финкельштейна – отрицательный, трудоспособные пациенты вернулись к прежней профессии.

Выводы:

1. Болезнь Де Кервена встречается в 7-8 раз чаще у женщин.

2. В возрастной структуре данной патологии преобладают пациенты старше 40 лет.
3. Наиболее часто встречается у лиц, занимающихся преимущественно умственным трудом.
4. Хирургическое лечение является наиболее эффективным методом терапии данной патологии.

M. I. Mazhuha, E. V. Lazovikova
SURGICAL TREATMENT OF THE DE QUERVAIN'S DISEASE
Tutors: Assistant professor P. I. Bespalchuk
Department of Traumatology and Orthopedics,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Bahm, J. The anatomy of de Quervain's disease / J. Bahm, Z. Szabo G. Foucher // International Orthopaedics. — 1995. — №19 (4). — pp 209–211.
 2. Poublo, A.R. Optimal surgical approach for the treatment of Quervains disease: A surgical-anatomical study / A.R. Poublon, G. J. Kleinrensink, A. L. Kerver // World Journal of Orthopedics. — 2018. — №9 (2) . — pp 7–13.
 3. Большая медицинская энциклопедия: В 30 томах / сост. Д. Ф. Скрипниченко — 3-е издание. — М.: Советская энциклопедия, 1987.
- Волкова А.М. Хирургия кисти/ А. М. Волкова — Л.: Медицина, 1985.