

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ДЕ КЕРВЕНА

Мажуга Ю. И., Лазовикова Е.В.

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Беспальчук П. И.

*Белорусский государственный медицинский университет, кафедра  
травматологии и ортопедии*

**Ключевые слова:** болезнь Де Кервена, палец геймера, материнский палец, хронический тендосиновит, стенозирующий тендовагинит, стенозирующий лигаментит.

**Резюме:** В работе проанализированы результаты лечения 50 пациентов с болезнью Де Кервена, проходивших лечение с сентября 2017 по март 2018 г. на базе 6 ГКБ г. Минска. Методы обследования больных включали в себя клиническое и сонографическое исследования. Результаты лечения пациентов оценивали по шкале DAS. Проведенное исследование позволило уточнить диагностические критерии, оптимизировать тактику и улучшить результаты лечения пациентов с тендосиновитом.

**Resume:** The results of treatment of 50 patients with De Quervain's disease were analyzed in this article. Patients have been treated since September 2017 to March 2018 on the basis of 6-th Minsk City Clinical Hospital. Methods for examining patients included clinical studies and ultrasonography. The results of the treatment of patients were evaluated on the DAS scale. The study helped to clarify diagnostic criteria, optimize tactics and improve treatment of patients with tenosynovitis.

**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, что подтверждает высокую степень медико-социальной значимости рассматриваемой проблемы.

Механизмом заболевания является ущемление сухожилия длинной мышцы, отводящей I палец и сухожилия короткого разгибателя I пальца, проходящих через первый тыльный канал разгибателей кисти. Возможны варианты строения канала: внутри основного канала может находиться дополнительный канал, стеноз может быть как основного, так и дополнительного канала. При его наличии через дополнительный канал проходит сухожилие короткого разгибателя большого пальца. Также сухожилие длинной мышцы, отводящей большой палец может быть представлено не одним, а несколькими телами сухожилий (от 1 до 4).

Несмотря на высокую актуальность темы, все ещё существует необходимость поиска более информативных методов диагностики и лечения больных с целью оптимизации ведения пациентов.

**Цель:** Определить эффективность и целесообразность сонографического исследования в диагностике болезни Де Кервена с целью совершенствование лечения.

**Задачи:** 1. Определить сонографические признаки стенозирующего тендовагинита; 2. Определить диагностическую ценность ультразвукового исследования при болезни Де Кервена.

**Материал и методы.** Исследование проводилось с сентября 2017 по март 2018 г. на базе 6 ГКБ.

Методы обследования больных включали в себя клиническое и сонографическое исследования. При сборе анамнеза нами уделялось особое внимание механизму возникновения заболевания, давности болезни, проведенному ранее лечению и его эффективности, сопутствующим заболеваниям, профессии, бытовым условиям пациентов. Особое внимание было обращено на анамнестическую связь возникновения тендовагинита с выполняемой работой. Также был проведен тщательный физикальный осмотр.

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.

При УЗ-исследовании пациентов в процессе наблюдения определяли эхогенность кольцевидных связок, толщину, неравномерное утолщение сухожилия в мышечно-сухожильной части, компрессию сухожилий. При динамическом исследовании в режиме реального времени наблюдали нарушение нормального скольжения сухожилия.

**Результаты и их обсуждение.** 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.

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

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.

При болезни Де Кервена отмечалась повышенная эхогенность кольцевидной связки, ее утолщение (более 0,4 мм) по сравнению с неповрежденной конечностью, истончение и компрессия сухожилий сгибателей на уровне пястно-фалангового сустава (более чем на 0,5 мм). При динамическом исследовании в режиме реального времени обнаружено нарушение скольжения сухожилия, вплоть до его полной блокады, утолщение гиперэхогенной стенки фиброзного канала, на поперечном срезе вокруг сухожилий имелся гипоэхогенный ореол (теносиновит).

При статистической обработке данных было определено, что для принятия решения об оперативном лечении достаточно болевого синдрома и ограничения функции, а так же диагностического симптома Финкельштейна. Однако данные

ультразвукового исследования высокоинформативны для принятия решения о тактике операции, ее объеме и топографии патологического процесса.

Всего проведено 53 операции. 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 %. 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. Определены УЗ-симптомы болезни Де Кервена; 2. Для принятия решения об оперативном лечении достаточно болевого синдрома и ограничения функции, а так же диагностического симптома Финкельштейна. Однако данные ультразвукового исследования высокоинформативны для принятия решения о тактике операции, ее объеме и топографии патологического процесса.

### 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. Особенности диагностики и лечения стенозирующего лигаментита / А.В. Борзых, Д.Ю. Ковальчук, И.М. Труфанов и др. // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можаєва. - 2010. - №Том 11, №4. - С. 92-94.
4. Большая медицинская энциклопедия: В 30 томах / сост. Д. Ф. Скрипниченко — 3-е издание. — М.: Советская энциклопедия, 1987.
5. Волкова А.М. Хирургия кисти/ А. М. Волкова — Л.: Медицина, 1985.