

УДК 616.833.544-009.73

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ
С БОЛЕЗНЬЮ ДЕ КЕРВЕНА**

Чирва Жанна Александровна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Рапацкий Константин Николаевич – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Каменева Елена Сергеевна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Белозерова Наталья Павловна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Статья посвящена своевременному выявлению и устранению причинных факторов возникновения болезни де Кервена. Приведены методы диагностики, медикаментозного и восстановительного лечения, основанные на знании этиологии заболевания и индивидуальном подходе к пациенту с целью предотвращения рецидивов.

Ключевые слова: КИСТЬ, ТЕНОСИНОВИТ, ШИЛОВИДНЫЙ ОТРОСТОК, БОЛЕЗНЬ ДЕ КЕРВЕНА, ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ, ФИЗИОТЕРАПИЯ, ОРТЕЗИРОВАНИЕ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

UDC 616.833.544-009.73

**A CLINICAL CASE OF A PATIENT
WITH DE QUERVAIN'S DISEASE**

Chirva Zhanna Aleksandrovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Rapatskiy Konstantin Nikolaevich – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Kameneva Elena Sergeevna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Belozerova Natalya Pavlovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

The article devoted to timely revealing and eliminating the causes of arising De Quervain's disease. The diagnostics, drug and recovery therapy are shown. These methods are based on etiology of the disorder and individual approach to a patient to prevent the relapses.

Key words: HAND, TENOSYNOVITIS, STYLOID PROCESS, DE QUERVAIN'S DISEASE, INJECTION THERAPY, PHYSIOTHERAPY, ORTHOTICS, SURGICAL TREATMENT, REHABILITATION

Введение

В практике врача-невролога, ортопеда-травматолога и хирурга часто встречаются пациенты с жалобами на боль в области лучезапястного сустава, возникающую при нагрузке. Наиболее распространенной ее причиной является стенозирующий тендовагинит сухожилий короткого разгибателя и длинной отводящей мышцы первого пальца кисти, известный как болезнь де Кервена. Она сопровождается болевым синдромом, нарушением функции кисти, снижением ее силы. Это заставляет пациента обратиться за медицинской помощью.

Заболевание де Кервена, описанное в 1895 г. швейцарским хирургом Фрицем де Кервеном, представляет пример энтезопатии, связанной с хронической перегрузкой. Несмотря на локальность процесса, болезнь де Кервена существенно снижает качество жизни пациента, ограничивая бытовую и профессиональную деятельность. Рассмотрены современные взгляды на этиологию, патогенез, клиническую картину, дифференциальную диагностику и комплексный подход к лечению этого состояния, а также клинический случай патологии.

Этиология и факторы риска

Болезнь де Кервена встречается у женщин в возрасте 30–50 лет, что объясняется анатомическими особенностями (большой объем первого тыльного фасциального канала) и гормональными влияниями (обострения возникают во время беременности и в послеродовом периоде, что обусловлено задержкой жидкости и релаксирующим действием гормонов на соединительную ткань). В современном мире с широким распространением монотонных нагрузок на кисть заболевание диагностируют у мужчин, профессия или хобби которых связаны с повторяющимися движениями в лучезапястном суставе и большом пальце. По некоторым оценкам, распространенность теносиновита де Кервена среди мужчин составляет 0,5 % и жен-

щин – 1,3 %. Заболевание часто встречается у лиц, у которых ранее диагностировали медиальный или латеральный эпикондилит. Двустороннее поражение обычно наблюдают у молодых мам. Случаи спонтанного выздоровления зависят от сокращения периода ношения ребенка.

Основные факторы риска:

– Профессиональная деятельность: виды работ, предусматривающие длительный захват с отклонением кисти (швеи, доярки, программисты, пианисты, массажисты, слесари).

– Спорт и хобби: большой теннис, гольф, бадминтон, вышивание, вязание, длительное использование смартфона с печатью большим пальцем («смартфонный палец»).

– Травмы: прямые ушибы в области шиловидного отростка лучевой кости.

– Системные заболевания: ревматоидный артрит, сахарный диабет, гипотиреоз.

– Дисплазия соединительной ткани.

Анатомия и патогенез

Изучение патогенеза болезни де Кервена основано на знании анатомии первого тыльного канала. В расположенном на латеральной его поверхности дистального эпифиза лучевой кости проходят сухожилия двух мышц (рисунок 1):

– длинной отводящей мышцы большого пальца;

– короткого разгибателя большого пальца.

Сухожилие длинной отводящей мышцы большого пальца имеет несколько отдельных пучков (до 4), а канал для сухожилия короткого разгибателя большого пальца может быть отдельным, что имеет ключевое значение при хирургическом лечении.

Суть заболевания де Кервена заключается в стенозирующем тендовагините – неспецифическом воспалении синовиального влагалища, окружающего сухожилия (рисунок 1).

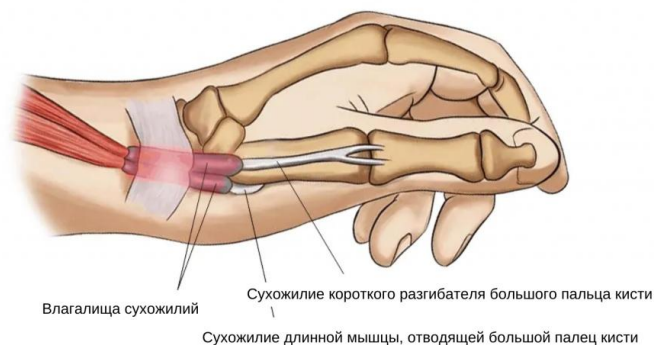


Рисунок 1 – Тендовагиниты в области запястного сустава

В результате хронической микротравматизации и трения сухожилий о стенки канала развивается асептическое воспаление, приводящее к утолщению и отеку сухожилий и стенок влагалища. Это вызывает сужение (стеноз) канала и, как следствие, резкое увеличение трения сухожилий при движении. Формируется замкнутый круг: воспаление → отек → стеноз → усиление трения → воспаление.

Клиническая картина и диагностика

Диагноз болезнь де Кервена в подавляющем большинстве случаев устанавливаются клинически. Пациенты предъявляют характерные жалобы:

- локализация боли в области шиловидного отростка лучевой кости, может иррадиировать в первый палец или проксимально по предплечью;
- боль усиливается при движениях большого пальца, особенно при захвате и отведении;
- отек в проекции первого тыльного канала;
- парестезия кисти;
- сниженный объем движений в первом пястно-запястном суставе;
- нарушение функции: слабость захвата, затруднение при удержании предметов, потеря ловкости;

Клинические тесты, подтверждающие диагноз:

1. Проба Финкельштейна (патогномоничный тест). Пациент прижимает большой палец к ладони, сжав остальными пальцами в кулак. Затем производят пассивное приведение кисти в локтевую сторону. При болезни де Кервена эта манипуляция вызывает резкую боль в области шиловидного отростка лучевой кости.

2. Проба на напряженное отведение: боль возникает при сопротивлении активному отведению большого пальца в случае приложенной нагрузки.

3. Пальпаторная (точечная) болезненность при пальпации в области первого тыльного канала.

Инструментальные методы диагностики используют для исключения другой патологии и в сомнительных случаях:

– Ультразвуковое исследование (УЗИ) – метод выбора, позволяющий визуализировать утолщение синовиального влагалища (более 1 мм), наличие выпота внутри канала, утолщение сухожилий длинной отводящей мышцы и короткого разгибателя большого пальца, оценить состояние кольцевидной связки. УЗИ с доплерографией выявляет усиление кровотока, что свидетельствует об активном воспалении.

– Рентгенографию лучезапястного сустава – выполняют для исключения артроза первого запястно-пястного сустава, переломов, аномалий костей.

– Магнитно-резонансную томографию (МРТ) – применяют редко в сложных дифференциально-диагностических случаях.

Дифференциальная диагностика

Болезнь де Кервена дифференцируют в зависимости от состояния:

1. Артроз первого запястно-пястного сустава (ризартроз).
2. Синдром пересечения (перекреста) на уровне предплечья (синдром Вартенберга).

3. Невропатия поверхностной ветви лучевого нерва.
4. Стилоидит лучевой кости.
5. Поражение шейного отдела позвоночника (корешковый синдром С6–С7).

Современные методы лечения

Цель лечения болезни де Кервена – купирование боли и воспаления, восстановление функции и предотвращение рецидивов в зависимости от длительности и выраженности симптомов.

1. Консервативная терапия (первая линия лечения при давности заболевания до 3–6 мес):

– охранительный режим – ключевой момент, включающий модификацию активности (максимально ограничивают движения, провоцирующие боль (захват с отклонением, отведение большого пальца)) при легких формах;

– иммобилизация – ношение лучезапястного ортеза и на I пястно-фаланговом суставе (шина – манжета) на период сна и при нагрузках. Полная иммобилизация не должна превышать 3-4 нед для предотвращения тугоподвижности;

– медикаментозная терапия:

1) нестероидные противовоспалительные препараты: системно (коротким курсом 5–7 дней) и местно в виде гелей/мазей;

2) локальная инъекционная терапия: введение глюкокортикостероидов пролонгированного действия (бетаметазон, метилпреднизолон) в просвет сухожильного влагалища под ультразвуковым контролем является золотым стандартом консервативного лечения. УЗ-наведение значительно повышает точность и эффективность инъекции (до 70–80 % успеха после 1–2 инъекций), снижая риск атрофии подкожной клетчатки или повреждения поверхностной ветви лучевого нерва;

3) физиотерапия: ударно-волновая терапии, лазеротерапия, ультразвук с гидрокортизоновой мазью, криотерапия. Применяют в комплексной программе реабилитации;

4) хирургическое лечение: показано при неэффективности полноценного консервативного лечения в течение 4–6 мес, при частых рецидивах или выраженном стенозе.

Цель операции – декомпрессия первого тыльного канала путем рассечения его крыши – утолщенной тыльной связки. Операцию выполняют под местной или регионарной анестезией двумя способами:

- Открытый доступ – классический метод: через небольшой (1,5–2,0 см) поперечный или косо разрез над областью болезненности выделяют и рассекают связку, визуализируя и осматривая сухожилия. Обязательно проверяют наличие отдельных каналов для сухожилия короткого разгибателя большого пальца, которые должны быть вскрыты. Метод надежный, риск рецидива минимальный (<2 %).

- Закрытый (чрескожный) доступ: выполняют «слепо» с помощью специального ножа. Более высокий риск повреждения поверхностной ветви лучевого нерва и неполного рассечения связки, поэтому применяют редко и предполагают большой опыт хирурга.

Послеоперационное ведение: швы снимают на 10–12-й день. С первых дней после операции показана ранняя активизация пальцев для профилактики адгезии. Полная нагрузка возможна через 3–4 нед.

Реабилитация и профилактика

Реабилитация, направленная на восстановление полного объема движений, силы хвата и проприоцепции, включает:

1. Поэтапную лечебную физкультуру (пассивные, затем активные движения).

2. Эрготерапию (возвращение к бытовым и профессиональным навыкам).

3. Кинезиотейпирование для поддержания и снятия нагрузки в раннем послеоперационном периоде.

Профилактика рецидивов заключается в изменении двигательного стереотипа, использовании эргономичных инструментов, выполнении гимнастики для мышц-антагонистов и периодическом ношении ортеза при планируемых повышенных нагрузках.

Описание клинического случая

Пациентка Ш.Е.В., 39 лет, направлена в неврологический центр поликлиники СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) Краснодара в июле 2025 г. с жалобами на боли в первом пястно-фаланговом суставе правой кисти, усиливающиеся при нагрузке, ограничение объема движений в нем в связи с болью, слабость в правой кисти, боли в лучезапястных суставах, больше правом.

Из анамнеза заболевания: хруст в суставах беспокоит с детства, в период вирусной инфекции (краснуха) отмечала появление боли в крупных суставах, в режиме «по требованию» использовала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) с положительным эффектом. В 2024 г. для лечения бурсита левого локтевого сустава использовала НПВП локально и внутрь, с положительным эффектом. Однако безболезненная деформация области левой локтевой сумки сохраняется. В июне 2025 г. жалобы доставляли беспокойство.

Данные объективного статуса: деформация, безболезненная при пальпации в области левой локтевой сумки. Признаки синдрома гипермобильности (Бейтон 7). Болезненность при пальпации в области, находящейся на 1,5–2,0 см проксимальнее основания первого пальца (анатомическая табакерка) правой кисти. Некоторая отечность мягких тканей над этой областью. Приведение первого пальца к ладони, фиксация его другими пальцами при пассивном или активном отведении кулака в сторону локтя усиливали бо-

лезненность. Остальные группы крупных и мелких суставов внешне не изменены, ограничений подвижности нет. Мышцы внешне не изменены, пальпация их безболезненна.

Проведенные исследования

29.07.2025. Магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов (один сустав).

Заключение. МР-признаки начальных проявлений артроза костей запястья (кость-трапеция и трапециевидная кость), умеренный внутрисуставной выпот в трапециевидно-ладьевидном суставе. Выпот во влагалище сухожилия длинного разгибателя большого пальца. Пернициозного деструктивного, острого воспалительного и/или острого травматического поражения левого лучезапястного сустава, запястья и пястья левой кисти не выявлено.

29.07.2025. Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав).

Заключение: МР-признаков пернициозного деструктивного, острого воспалительного и/или острого травматического поражения правого лучезапястного сустава, запястья правой кисти не обнаружено.

30.07.2025. Рентгенография кистей и стоп в прямой проекции. Рентгенологическая картина деформирующего артроза 1–2 ст.

30.07.2025. Ультразвуковое исследование мягких тканей.

Заключение: УЗ-признаки тендовагинита сухожилий первого канала разгибателей справа (двусторонний тип канала) с явлениями стенозирования короткого разгибателя пальца (болезнь де Кервена).

25.07.2025. Биохимический анализ крови.

С-реактивный белок (СРБ) – 0,1 мг/л, креатинин – 70 мкмоль/л, глюкоза (венозная) – 4,86 ммоль/л, холестерин – 4,99 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 13,6 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 11,6 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза (гамма-ГТ) – 11 Ед/л, щелочная фосфатаза – 35 Ед/л, ревматоидный фактор – 9,1 МЕд/мл.

25.07.2025. Общий анализ крови.

Лейкоциты (WBC) – $4,08 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты (RBC) – $4,36 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин (HGB) – 13,6 г/дл, гематокрит (HCT) – 39,4 %, средний объем эритроцитов (MCV) – 90,4 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) – 31,2 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) – 34,5 г/дл, ширина распределения объема эритроцитов (RDW-SD) – 38,7 фл, ширина распределения эритроцитов по объему (RDW-CV) – 11,9 %, тромбоциты (PLT) – $234 \cdot 10^9/\text{л}$, средний объем тромбоцитов (MPV) – 10,5 фл, тромбоцитрит (PCT) – 0,25 %, ширина распределения тромбоцитов (PDW) – 12,2 фл, тромбоциты крупные (P-LCR) – 29 %, нормобласты – 0 %, абсолютное количество нормобластов – $0 \cdot 10^9/\text{л}$.

07.08.2025. Прием врача ортопеда-травматолога.

Диагноз. Болезнь де Кервена, умеренный болевой синдром.

На основании проведенных лабораторных и инструментальных исследований установлен диагноз:

Стенозирующий теносиновит длинного абдуктора и короткого разгибателя первого пальца правой кисти (Болезнь де Кервена). Функциональная недостаточность суставов (ФНС) – 1. Умеренный болевой синдром. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, гипермобильный синдром (Бейтон 7), вторичный остеоартрит кистей, рентгенография стоп 1–2 стадий.

Проведено лечение: лечебная физическая культура (ЛФК) в домашних условиях, в области болезненных суставов 5%-й НПВП мази три раза в день, аппликации с раствором диметилсульфоксида в разведении с водой (1:2) на 30 мин перед сном, целекоксиб – 200 мг по одной таблетке два раза в сутки, глюкозамин сульфат – 750 мг внутрь – 2 таблетки один раз в день, магния лактата дегидрат – 470 мг + пиридоксина гидрохлорид – 5 мг по 2 таблетке три раза в день, диацереин – 50 мг в сутки, курс рефлексотерапии и физио-

терапевтического лечения (магнитотерапия, ультразвук с гидрокортизоновой мазью). От локального введения кортикостероидов пациентка отказалась.

Пациентка выписана с положительной динамикой на фоне проведенного комплексного лечения: купирован болевой синдром, восстановлена двигательная функция правой кисти.

Заключение

Локальное заболевание де Кервена предусматривает от врача применения комплексного подхода, глубоких знаний анатомии и патогенеза. Тщательный клинический осмотр – основа диагностики, а УЗИ – ценный инструмент для ее подтверждения и проведения точных лечебных блокад. Современная стратегия лечения, основанная на принципах ступенчатости, позволяет добиться успеха у большинства пациентов. Консервативная терапия необходима с обязательной коррекцией нагрузки в 70–80 % случаев.

Выраженность симптомов не является противопоказанием для проведения консервативной терапии. В случае ее неэффективности хирургическая декомпрессия – высокоэффективный и радикальный метод, обеспечивающий быстрое восстановление функции кисти.

Результативное лечение теносиновита де Кервена основано на индивидуальном подходе к пациенту, обусловленном его состоянием. Знание клиники Болезни де Кервена позволяет быстро дифференцировать это состояние и направить пациента к узкому специалисту (ортопеду, хирургу кисти) или начать консервативное лечение. Эффективность терапии на 90 % зависит от понимания и устранения пациентом патогенного двигательного стереотипа. Роль врача заключается в постановке диагноза и проведении процедур, в подробном разъяснении этиологии заболевания и мотивации пациента к сотрудничеству, что позволяет предотвратить рецидивы.

Список литературы

1. *Маришин И. И.* Теносиновит (тендовагинит) де Кервена / *И. И. Маришин* // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – АУ ХМАО – Югры: Югорский колледж-интернат олимпийского резерва. – 2023. – № 2/35.
2. *Новиков А. В.* Болезнь де Кервена (этиология, патогенез, диагностика и лечение) Ч. 2 / *А. В. Новиков, М. А. Щедрина, С. В. Петров* // Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет. – 2019. – № 4.
3. *Ульянов И. В.* Реабилитация пациентов при синдроме де Кервена / *И. В. Ульянов, Ю. А. Шумкин* // Вестник науки. – 2023. – № 3/60.