



БОЛЕЗНЬ ДЕ КЕРВЕНА (ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ). ЧАСТЬ I

А.В. Новиков, М.А. Щедрина, С.В. Петров

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Болезнь де Кервена, несмотря на невысокую распространенность, сопровождается болевым синдромом, нарушением функции и снижением силы кисти. Это приводит к существенному снижению качества жизни пациента, нарушению его трудовой и повседневной деятельности. Пациенты с болезнью де Кервена, составляют значительную часть обращающихся к ортопедам, хирургам, врачам-реабилитологам. Однако индивидуальные особенности строения первого тыльного канала каждого человека, сформировавшиеся в процессе филогенеза, отсутствие данных о точной причине заболевания обуславливают сложности диагностики и лечения болезни. В первой части лекции, посвященной болезни де Кервена, обобщены современные данные литературы, касающиеся особенностей анатомического строения первого тыльного канала, этиологии и патогенеза заболевания. Здесь же представлены описание клинической картины болезни де Кервена, тесты и инструментальные методы диагностики, алгоритм обследования пациента с этой патологией.

Ключевые слова: кисть, теносиновит, теносиновит шиловидного отростка, болезнь де Кервена, первый тыльный канал, патогенез, тест Финкельштейна

Конфликт интересов: не заявлен

Источник финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки

КАК ЦИТИРОВАТЬ: Новиков А.В., Щедрина М.А., Петров С.В. Болезнь де Кервена (этиология, патогенез, диагностика и лечение). Часть I. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. 2019;3:54-62. <https://doi.org/10.17116/vto201903154>

DE QUERVAIN'S DISEASE (ETIOLOGY, PATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT). PART I

A. V. Novikov, M. A. Shchedrina, S. V. Petrov

Volga research medical University of the Ministry of health of Russia, Nizhny Novgorod, Russia

De Quervain's disease, despite its low prevalence, is accompanied by pain syndrome, dysfunction and a decrease in the strength of the hand. This leads to a significant decrease in the quality of life of the patient, disruption of his work and daily activities. Patients with de Quervain's disease, make up a significant part of those who turn to orthopedists, surgeons, rehabilitation doctors. However, the individual features of the structure of the first back canal of each person, formed in the process of phylogenesis, the lack of data on the exact cause of the disease cause the complexity of diagnosis and treatment of the disease. In the first part of the lecture, devoted to de Quervain's disease, modern literature data concerning the features of the anatomical structure of the first back canal, the etiology and pathogenesis of the disease are summarized. It also presents a description of the clinical picture of de Quervain's disease, tests and instrumental methods of diagnosis, the algorithm of examination of the patient with this pathology.

Key words: hand, tenosynovitis, tenosynovitis of the subulate process, de Quervain's disease, the first back canal, pathogenesis, Finkelstein test

Conflict of interest: the authors state no conflict of interest

Funding: the study was performed with no external funding

TO CITE THIS ARTICLE: Novikov AV, Shchedrina MA, Petrov SV. De Quervain's disease (etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment). Part I. *N.N. Priorov Journal of Traumatology and Orthopedics*. 2019;3:54-62. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/vto201903154>

Болезнь де Кервена — воспалительное заболевание сухожилий длинной отводящей мышцы I пальца (*m. abductor pollicis longus*) и его короткого разгибателя (*m. extensor pollicis brevis*), характеризующееся сужением просвета первого тыльного костно-фиброзного канала, в котором они проходят.

Заболевание впервые было описано в 1895 г. швейцарским хирургом Фрицем де Кервеном как профессиональная болезнь прачек [1]. В своей работе «Ueber eine form von chronischer tendovaginitis» он представил данные о 5 пациентах с этой патологией. Следует отметить, что аналогичное описание болезни встречается в классическом учебнике анатомии, изданном в 1893 г., автором которого был Генри Грей. Однако

работа де Кервена осталась незамеченной и описанное им заболевание впоследствии «открывалось» заново. Так, в 1903 г. С. Marion в статье «Частая, еще не признанная болезнь — синовит влагалища длинной отводящей мышцы большого пальца» на основании нескольких наблюдений над больными, страдавшими болями в области шиловидного отростка лучевой кости, описывает ту же болезнь, что и де Кервен [29].

Из отечественных ученых, занимавшихся проблемой болезни де Кервена, следует отметить А.Я. Шнее, В.П. Горбунова, М.А. Элькина, И.Я. Слонима, В.К. Селютина.

Монография В.П. Горбунова «Стенозирующие лигаментиты тыльной связки запястья и кольцевид-

ных связок пальцев» и неоднократно переиздававшаяся монография М.А. Элькина «Профессиональные хирургические болезни рук», где один из разделов посвящен стенозирующим лигаментитам тыльной связки запястья, стали классическими трудами, посвященными этой проблеме.

В настоящее время в литературе, интернет-ресурсах встречается множество синонимов болезни де Кервена: теносиновит шиловидного отростка лучевой кости, синдром де Кервена, стенозирующий теносиновит де Кервена, стенозирующий тендовагинит де Кервена, стенозирующий лигаментит тыльной связки запястья, запястье матери, детское запястье, материнский палец, палец геймера, синдром прачки, «Washer Woman's Sprain», «Washer Woman's syndrome», Gamer's Thumb, «Смартфонный палец». В МКБ-10 (шифр М65.4) болезнь зафиксирована как «теносиновит шиловидного отростка лучевой кости (синдром де Кервена)».

Среди трудоспособного населения распространенность болезни де Кервена составляет 2,8 случая на 1000 у женщин и 0,6 — у мужчин. На долю этой патологии у мужчин приходится 0,5%, а у женщин — 1,0% всех мышечно-скелетных заболеваний верхней конечности [2].

По данным Е.В. Усольцевой и К.И. Машкара [3], больные, страдающие стенозирующими процессами фиброзных каналов, составляют самую большую группу (36,2%) среди заболеваний «вспомогательных соединительных приборов сухожилий кисти», из которых 12% приходится на долю болезни де Кервена.

Среди всех стенозирующих теносиновитов в тыльной зоне кистевого сустава эта патология встречается в 80–85% случаев или в 7–8 раз чаще других локализаций канальных синдромов [4].

На долю больных, страдающих болезнью де Кервена, приходится до 40% всех посещений к ортопедам, хирургам, врачам-реабилитологам. Установлено, что болезнь де Кервена диагностируется примерно у 1% больных, обратившихся к врачам восстановительной медицины с жалобами на проблемы с шеей или рукой.

Заболевание чаще возникает на доминантной руке в возрасте 30–55 лет, причем у женщин теносиновит де Кервена встречается в 8–10 раз чаще, чем у мужчин. У большинства женщин патология развивается в период беременности или в первые месяцы после родов, что связывают с резким увеличением домашней нагрузки [5]. Эта болезнь часто наблюдается у бабушек, которые «весьма старательно» помогают матерям с новорожденными. Нередко начало заболевания у женщин совпадает с началом климактерического периода.

Корреляции между частотой заболевания и расовой принадлежностью не обнаружено.

Заболевание сопровождается болевым синдромом, иногда достаточно выраженным, нарушением функции и снижением силы кисти, в том числе и щипкового захвата [6]. Такие проявления приводят к существенному ухудшению качества жизни пациента, нарушению его трудовой и повседневной деятельности,

заставляя его рано или поздно обращаться за медицинской помощью.

Индивидуальные особенности строения первого тыльного канала, сформировавшиеся в процессе филогенеза, обуславливают сложности патогенеза, диагностики и лечения болезни де Кервена.

I. Особенности анатомии первого тыльного костно-фиброзного канала

В первом тыльном костно-фиброзном канале проходят сухожилия длинной отводящей мышцы I пальца (*m. abductor pollicis longus*) и его короткого разгибателя (*m. extensor pollicis brevis*). Сухожилия лежат в желобке на тыльно-боковой поверхности лучевой кости, проходят над выпуклостью ее шиловидного отростка, что обуславливает частые травмы (рис. 1).

Короткий разгибатель I пальца (*m. extensor pollicis brevis*) начинается от межкостной перегородки предплечья и середины тыльной поверхности лучевой кости. Он прикрепляется в 75% случаев к основанию тыльной поверхности проксимальной фаланги или к обоим фалангам большого пальца кисти. Редко — к первой пястной кости. *M. extensor pollicis brevis* является филогенетически относительно молодой мышцей, в 2% случаев она может совсем отсутствовать или быть двойной [7].

Функция *m. extensor pollicis brevis* — лучевое отведение кисти, разгибание I пальца, мышца иннервируется лучевым нервом, кровоснабжается *a. interossea posterior*.

Длинная отводящая мышца I пальца (*m. abductor pollicis longus*) берет начало от тыльной поверхности лучевой и локтевой костей и от межкостной перегородки предплечья, направляясь косо вниз, огибает своим сухожилием лучевую кость и прикрепляется к основанию I пястной кости. Только в 16% случаев

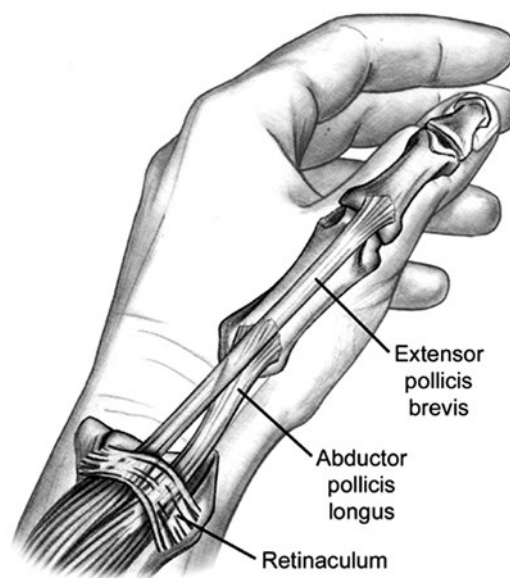


Рис. 1. Анатомическое строение первого тыльного костно-фиброзного канала (по [8]).

Fig. 1. Anatomical structure of the first posterior bone-fibrous canal (according to [8]).

эта мышца имеет одно сухожилие, более чем в 80% случаев их два или более [7].

В тех случаях, когда сухожилие *m. abductor pollicis longus* разделено на несколько пучков, один из них прикрепляется у основания I пястной кости, а другие могут крепиться к большой многогранной кости, кости-трапеции, вплетаться в ладонную связку запястья, фасцию тенара, *abductor pollicis brevis* или *opponens pollicis*.

Функция *m. abductor pollicis longus* — лучевое отведение кисти и I пальца, мышца иннервируется лучевым нервом, кровоснабжается *a. interossea posterior*.

Между сухожилиями *m. abductor pollicis longus* и *m. extensor pollicis brevis*, с одной стороны, и *m. extensor pollicis longus* — с другой располагается промежуток, называемый «анатомической табакеркой». Снаружи «табакерка» прикрыта собственной фасцией, а дном ее являются ладьевидная кость и капсула лучезапястного сустава с ее связками. «Анатомическая табакерка» отчетливо контурируется при отведении разогнутого I пальца (рис. 2). В пределах «табакерки» проходят лучевые артерия, вены и начинающаяся от лучевой артерии *a. ramus carpeus dorsalis*.

Над тыльной связкой запястья проходят веточки поверхностной ветви лучевого нерва. На тыл предплечья эта ветвь выходит из-под сухожилия *m. brachioradialis* на границе нижней и средней трети предплечья примерно в 8,31 см проксимальнее шиловидного отростка лучевой кости. Далее она идет на кисть, располагаясь на расстоянии в лучевую сторону в среднем 1,49 см от шиловидного отростка [9]. В области связки нерв делится, как правило, на четыре конечные веточки. Основная веточка, идущая к тыльной поверхности первого пальца, проходит на 50 ± 13 мм (min — 26 мм, max — 72 мм) проксимальнее шиловидного отростка [10] (рис. 3).

Расположение этих ветвей необходимо учитывать при выполнении хирургического вмешательства во избежание их ранения.

Многие авторы отмечают значительную вариабельность анатомии в области первого тыльного канала



Рис. 2. «Анатомическая табакерка».

Fig. 2. «Anatomical snuffbox».

при болезни де Кервена. Варианты его строения обусловлены тем, что очень часто внутри основного канала находится дополнительный канал, следовательно, сухожилие длинной мышцы, отводящей большой палец, может быть представлено не одним, а несколькими добавочными сухожилиями. Стеноз может быть как основного, так и дополнительного канала.

Отдельный канал для сухожилия *m. extensor pollicis brevis* имеют около 80% пациентов — это врожденная анатомическая особенность человека, которая в равной степени встречается как у мужчин, так и у женщин [11].

Т. Kulthanan и В. Chareonwat [12] отмечают в 89% случаев наличие дополнительных стволов у сухожилия, отводящего большой палец, удвоение короткого разгибателя I пальца — в 2%, наличие перегородки — в 37% случаев.

М.А. Элькин [13] выделяет 4 варианта строения I тыльного костно-фиброзного канала:

1. Сухожилия длинной отводящей I палец мышцы и его короткого разгибателя могут занимать отдельные костно-фиброзные каналы.

2. Сухожилия длинной отводящей I палец мышцы и его короткого разгибателя могут находиться в общем для них костно-фиброзном канале.

3. Кроме сухожилий разгибателя и отводящей мышцы, в первом канале находится добавочное сухожилие, не имеющее отдельного канала.

4. Добавочное сухожилие (одно или несколько) находится в отдельном костно-фиброзном канале, который обычно расположен дорсально по отношению к главному костно-фиброзному каналу.

Согласно автору, в соответствии с вариантами строения первого канала и проходящих через него

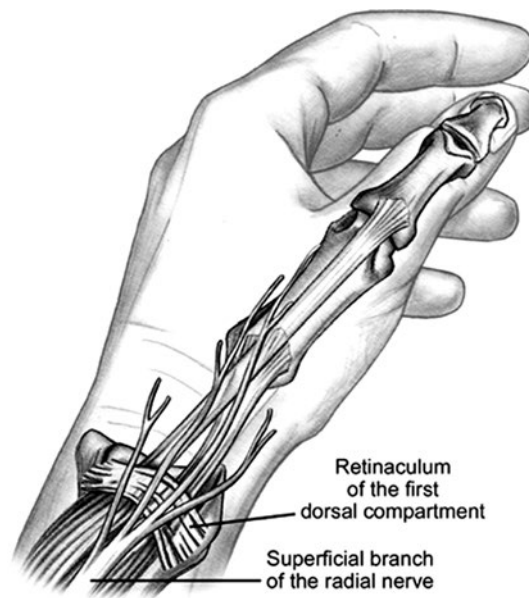


Рис. 3. Конечные веточки поверхностной ветви лучевого нерва (по [8]).

Fig. 3. The terminal branches of the superficial branch of the radial nerve (according to [8]).

сухожилий стеноз может происходить в следующих видах:

- стеноз сухожилий длинной отводящей I палец мышцы и его короткого разгибателя при совместном их прохождении через первый канал;

- стеноз этих же сухожилий и добавочного при их совместном прохождении через первый канал;

- стеноз добавочного сухожилия, имеющего обособленный канал;

- изолированный стеноз сухожилия короткого разгибателя или длинной отводящей мышцы, имеющих свои обособленные каналы;

- стеноз сухожилия длинной отводящей мышцы с добавочным сухожилием или короткого разгибателя с добавочным сухожилием;

- стеноз сухожилий длинной отводящей мышцы и короткого разгибателя, залегающих в одном канале, и добавочного сухожилия, имеющего собственный канал.

Особенности строения первого канала запястья и проходящих в нем сухожилий имеют большое практическое значение. Успех хирургического вмешательства зависит от того, насколько полно устранены препятствия к свободному скольжению сухожилий. Во время операции можно ошибочно принять добавочное сухожилие длинного разгибателя большого пальца за сухожилие короткого разгибателя. В то время как на самом деле сухожилие короткого разгибателя большого пальца зачастую находится в дополнительном стенозированном канале. Рассечение только стенки основного канала без рассечения стенки дополнительного стенозированного канала может не привести к полному излечению больного.

II. Этиопатогенез болезни де Кервена

Несмотря на пристальное многолетнее внимание многих специалистов к данной патологии, причины ее возникновения остаются до конца не ясными. Некоторые авторы первопричиной заболевания считают особенности анатомического строения сухожилий, в частности наличие в некоторых случаях 2–3 дополнительных сухожилий, исходящих из брюшка *m. abductor pollicis longus*, которые прикрепляются в различных местах [12, 14–16].

А.И. Ашкенази [4] подчеркивает роль конституциональных факторов в развитии патологии: часто больные невысокого роста, приземистые и коренастые.

Есть предположение, что причиной заболевания может быть острая травма запястья или I пальца, последствия перелома лучевой кости в типичном месте, хотя убедительных доказательств этому не найдено [17, 18].

Болезнь де Кервена нередко возникает у больных ревматоидным артритом. Заболевание может наблюдаться во второй половине жизни и у больных с синдромом гипермобильности. Наблюдали случаи болезни де Кервена у пациентов с лимфедемой верхних конечностей на фоне рака молочной железы [19].

Зачастую болезнь де Кервена развивается у молодых мам, которые часто поднимают ребенка за подмышки — большой палец при этом отклоняется и находится в сильном напряжении; описан случай дву-

стороннего поражения кистей у молодой мамы [20]. У женщин старшего возраста аналогичное явление называется «лигаментит бабушек». Они выполняют те же движения, когда играют с внуками и ухаживают за ними.

Считается, что возникновение заболевания у женщин в климактерическом периоде обусловлено гормональной перестройкой в организме, которая влияет на состояние соединительной ткани. Снижение ингибирующего действия половых гормонов на секрецию соматотропного гормона гипофиза приводит к его избыточному выделению и, как следствие, набуханию мягких тканей внутри канала. В эти периоды жизни болезнь де Кервена часто наблюдается с двух сторон, однако с разной степенью выраженности.

Все же большинство авторов связывают возникновение заболевания с хронической микротравматизацией кисти и запястья, возникающей из-за монотонных повторяющихся движений, или длительной статической нагрузкой на кисть [21–24]. Доказано, что риск развития тендинитов запястья в 29 раз выше у работников с такими условиями труда [25]. Особенно он велик там, где работа связана с необходимостью постоянного сгибания-разгибания запястья, выполнения закручивающих движений [26]. Недаром Генри Грей назвал эту патологию «болезнь прачек», у которых она возникала из-за постоянного скручивания белья при его выжимании.

Заболевание становится все более распространенным у работников мясной промышленности, автомобилестроения. Болезнь де Кервена часто встречается у секретарей, рабочих сборочных линий, каменщиков, специалистов, использующих ножницы (садовники, портные). Этой патологией страдают пианисты, вязальщицы, рыбаки.

Среди спортсменов болезнь де Кервена может возникнуть у лыжников, теннисистов, игроков в гольф, метателей молота. Доказано, что у волейболистов вероятность развития заболевания прямо пропорциональна длительности тренировок и спортивному стажу [27].

Длительное пользование игровыми приставками, смартфонами (набор текста, отправка SMS-сообщений) также может служить причиной заболевания. Однако анализ литературных источников, проведенный по базам данных Ovid MedLine, EMBASE и Cochrane Library, не выявил достаточных научных публикаций, чтобы подтвердить причинно-следственную связь между возникновением болезни де Кервена и факторами профессионального риска [17].

Все это лишний раз подтверждает то, что истинная причина возникновения теносиновита де Кервена неизвестна и в большинстве случаев приходится говорить об идиопатической причине заболевания. Факторы внешней среды, травма, и т.д. служат лишь пусковыми механизмами для развития патологического процесса, патогенез которого также до конца не ясен.

При осуществлении различных захватов с участием большого пальца первый костно-фиброзный канал действует, по сути, как блок, направляя сухожилия *m. abductor pollicis longus* и *m. extensor pollicis brevis*

к фалангам пальца. В норме эти сухожилия плавно и гладко скользят в сухожильном влагалище, где находится синовиальная жидкость. Длительная, повторяющаяся нагрузка на I палец или постоянные монотонные движения в виде сгибания-разгибания, отведения пальца вызывают высокие перепады внутриканального давления.

У некоторых лиц такая перегрузка связки ведет к негативным последствиям — развитию в ней патологических макроскопических изменений в виде ее гипертрофии. Микроскопически определяются дегенерация, образование кист и плазмоклеточная инфильтрация. Возрастает количество хондроцитов и экстрацеллюлярного матрикса, наблюдается пролиферация коллагена II типа. Развивается фиброзно-хрящевая метаплазия связки в качестве адаптации к длительным или повторяющимся нагрузкам на кисть.

Уменьшение просвета канала приводит к усилению трения сухожилий, проходящих в нем, о его внутреннюю стенку. Хроническую травматизацию сухожилия при его движении через суженный канал можно сравнить с истиранием нити, многократно проходящей через игольное ушко.

В результате постоянного раздражения сухожильных влагалищ *m. abductor pollicis longus* и *m. extensor pollicis brevis* возникают их отек и воспалительные явления, которые особенно часто локализуются в области шиловидного отростка лучевой кости. Тем не менее проведенные гистологические исследования показали отсутствие признаков воспаления в сухожильной ткани. Имели место лишь дегенеративные изменения, утолщение сухожильных влагалищ, связанные с накоплением мукополисахаридов [28]. По этой причине авторы считают термин «стенозирующий теносиновит» неверным, поскольку патология является результатом дегенеративных, а не воспалительных изменений.

Таким образом, в основе патогенеза болезни де Кервена лежит конфликт между сухожилиями, проходящими в первом канале, и тыльной связкой запястья. При этом происходит формирование порочного круга — механическое взаимораздражение этих структур приводит к увеличению отека, еще сильнее препятствующего движению сухожилий (рис. 4).

III. Клиника и диагностика болезни де Кервена

Постановка диагноза, как правило, не вызывает особых затруднений и основана на данных анамнеза и результатах клинического обследования. При сборе анамнеза следует обращать внимание на особенности труда пациента — наличие монотонных, повторяющихся движений с вовлечением в трудовые операции кисти и I пальца. Возможно и выполнение большим специфических движений кисти, спровоцировавших симптомы (длительная работа на компьютере, вязание, игра в теннис, бадминтон). Некоторые пациенты указывают на наличие в анамнезе травмы кисти. Учет эргономических и провоцирующих факторов позволяет правильно поставить диагноз и в последующем дать соответствующие рекомендации.

Начало заболевания, как правило, постепенное. Типичной жалобой является появление приступо-

образной боли, усиливающейся при движениях пораженной кистью, особенно при сжатии пальцев и выполнении закручивающихся движений. Пациент может сообщить о постепенном усилении боли в последние недели или месяцы, но зачастую она может возникать неожиданно. Интенсивность боли варьирует, может быть очень выраженной, заставляющей пациента просыпаться по ночам. Типична локализация боли — по лучевому краю запястья на 1,5–2,0 см ниже основания I пальца («анатомическая табакерка»), в первом тыльном костно-фиброзном канале, области шиловидного отростка лучевой кости. При прогрессировании процесса боль может иррадиировать в I палец, предплечье, плечо. Из-за боли нарушается функция кисти: снижается ее сила, становится практически невозможным выполнение силовых и шипкового захватов, отведение кисти в локтевую сторону. Пациент испытывает трудности при открывании дверей, повороте ключа, осуществлении цилиндрического захвата. Боль может быть такой силы, что делает кисть вообще бесполезной.

В области первого тыльного канала иногда могут наблюдаться небольшой отек и покраснение. Феномен «щелканья» при этом заболевании встречается очень редко, однако при пальпации области первого тыльного канала определяются болезненность, маленькие узелки и утолщенные сухожилия разгибателей I пальца, иногда ощущается «скрип» сухожилий.



Рис. 4. Упрощенная схема патогенеза болезни де Кервена.

Fig. 4. A simplified scheme of the pathogenesis of de Quervain's disease.

В запущенных случаях дистальная фаланга I пальца может блокироваться в положении сгибания.

Для уточнения диагноза используют провокационные тесты: активные и пассивные круговые движения I пальцем и тест Финкельштейна, который является специфическим для данного заболевания. В основе теста лежит пассивное натяжение сухожилий разгибателей I пальца. Техника выполнения теста (рис. 5): пациент приводит I палец к ладони, сгибая его в дистальном и пястно-фаланговом суставах. Другие пальцы сжимаются в кулак, обхватывая при этом I палец. После этого врач производит пассивное отведение запястья в локтевую сторону (по направлению к мизинцу). Усиление болей у основания I пальца и по лучевому краю запястья подтверждает диагноз. Результаты теста сравнивают с контралатеральной рукой. Этот признак дифференцирует заболевание от ризартроза.

М.А. Элькин и А.Д. Ли [29] для диагностики болезни де Кервена предложили определять симптом «пальцевой пробы». Эта проба заключается в том, что на здоровой руке одинаково свободно и безболезненно сводятся кончики I пальца и остальных четырех пальцев. При стенозе I канала больному удается свободно и безболезненно свести кончики I–II и I–III пальцев, а сближение кончиков I–IV и особенно I–V пальцев всегда вызывает боль в области шиловидного отростка лучевой кости, причем многие больные так и не могут сблизить кончики I–V пальцев.

Лабораторные исследования не подтверждают диагноз болезни, хотя у некоторых пациентов могут быть положительными серологические тесты, характерные для ревматоидного артрита.

Ультрасонография, позволяющая визуализировать само сухожилие и окружающие его ткани, спо-



Рис. 5. Техника выполнения теста Финкельштейна.

Fig. 5. The technique of Finkelstein test.

собна подтвердить клинический диагноз болезни де Кервена. При ультразвуковом обследовании определяется утолщение пораженного сухожилия с его гиперваскуляризацией, утолщение влагалища и изменения эхогенности; сниженное скольжение сухожилий вследствие волокнистых спаек и сжатия влагалищем.

Информативным для диагностики этой патологии является и магнитно-резонансная томография. С помощью этого метода можно увидеть наличие свободной жидкости вдоль утолщенных сухожилий *m. abductor pollicis longus* и *m. extensor pollicis brevis*, отек мягких тканей в непосредственной близости от лучевой кости.

Рентгенологическое исследование, как правило, не требуется и выполняется в том случае, когда имеется предположение о переломе, либо деформирующем артрозе суставов I пальца. Если, несмотря на отрицательную рентгенологическую картину, предположение о переломе или другой костной патологии, сохраняется, выполняют компьютерную томографию для уточнения диагноза. В других диагностических процедурах нет необходимости.

Несмотря на кажущуюся простоту диагностики теносиновита де Кервена, нужно помнить, что под маской этой болезни могут скрываться и другие патологии, требующие принципиально иной тактики лечения. Дифференциальный диагноз болезни де Кервена следует проводить с переломом ладьевидной кости, карпальной нестабильностью, болезнью Кинбека, деформирующим артрозом запястно-пястного сустава большого пальца, стилоидитом шиловидного отростка лучевой кости, теносиновитом лучевого разгибателя запястья, синдромом перекреста (intersection syndrome), нейропатией поверхностной ветви лучевого нерва (синдром Вартенберга). Под болезнью де Кервена может маскироваться радикулопатия корешка C6. Основные диагностические критерии этих патологий представлены в таблице. Следует помнить, что причиной болей по лучевому краю кисти может быть тыльный ганглий запястья, а также ревматоидный артрит с поражением суставов кисти, однако при этом заболевании имеется типичная деформация пальцев и кисти. Описан случай, когда остеонид-остеома шиловидного отростка лучевой кости у 37-летнего мужчины проявляла себя как болезнь де Кервена [30]. Правильный диагноз был поставлен только после выполнения компьютерной томографии. Нарушения чувствительности I пальца, боли в области первого межпальцевого промежутка могут возникать при поражении срединного и лучевого нервов, синдроме карпального канала. Причиной боли по тыльно-боковой поверхности предплечья может быть эпикондилит, поэтому необходимо исследование точек прикрепления сухожилий в области латерального надмышечка плечевой кости.

Общая схема обследования пациента с болезнью де Кервена представлена на рис. 6.

Основные диагностические отличия некоторых патологий от болезни де Кервена
The main diagnostic differences of some pathologies from de Quervain's disease

Патология	Анамнез	Клиника	Диагностические тесты	Инструментальная диагностика
Перелом ладьевидной кости	Наличие травмы	Боли по лучевому краю запястья, болезненность при пальпации этой области. Возможно появление отека «анатомической табакерки». Движения в лучезапястном суставе становятся болезненными и ограниченными	«Компрессионный тест» — осевая нагрузка на I палец поврежденной кисти вызывает резкое усиление болей	Рентгенография кисти
Карпальная нестабильность	Возможно наличие травмы	Боли в запястье, усиливающиеся при нагрузке	Тест Ватсона, тест ладьевидно-полулунного баллотирования, тест Регана	МРТ кисти
Болезнь Кинбека	Возможно наличие травмы	Боли в области запястья, которые усиливаются при нагрузке и перемене погоды	Нет	Рентгенография кисти
Ризартроз Форестье	Длительные нагрузки на кисть	Боли и резкое нарушение функции большого пальца, деформация области запястно-пястного сустава	Grind тест (ротационный тест), обратный ротационный тест, Glickel тест	Рентгенография кисти
Стилоидит шиловидного отростка лучевой кости	Возможно наличие травмы, длительные нагрузки на кисть	Максимальная болезненность локализуется над шиловидным отростком и усиливается при активной супинации запястья	Нет	Не информативны
Теносиновит лучевого разгибателя запястья	Тяжелый физический труд, специфические виды спорта	Боли и болезненность по ходу сухожилия, особенно при локтевой девиации	Нет	УЗИ
Синдром перекреста (<i>intersection syndrome</i>)	Чрезмерные нагрузки при лучевом сгибании запястья	Болезненность, крепитация, отек на тыльной лучевой поверхности предплечья на уровне 2–3 пальцевого промежутка	Болезненная точка находится приблизительно на 4 см выше лучезапястного сустава, где пересекаются первый и второй каналы. Боль усиливается в большей степени при разгибании кисти, а не при движении I пальца	Не информативны
Нейропатия поверхностной ветви лучевого нерва (синдром Вартенберга)	Прямая закрытая травма, давление на область запястья (тяжелый браслет, наручные часы), повторяющиеся пронационно-супинационные движения	Непостоянные боли в нижней трети предплечья, парестезии по лучевому краю кисти, снижение чувствительности по тыльной поверхности первого пальца и первого тыльного межпальцевого промежутка	Удержание предплечья в положении пронации в течение одной минуты усиливает клинические симптомы заболевания	Не информативны
Радикулопатия корешка CVI		Болевой синдром, нарушения чувствительности, снижение силы	Тест Сперлинга	Рентгенография шейного отдела позвоночника

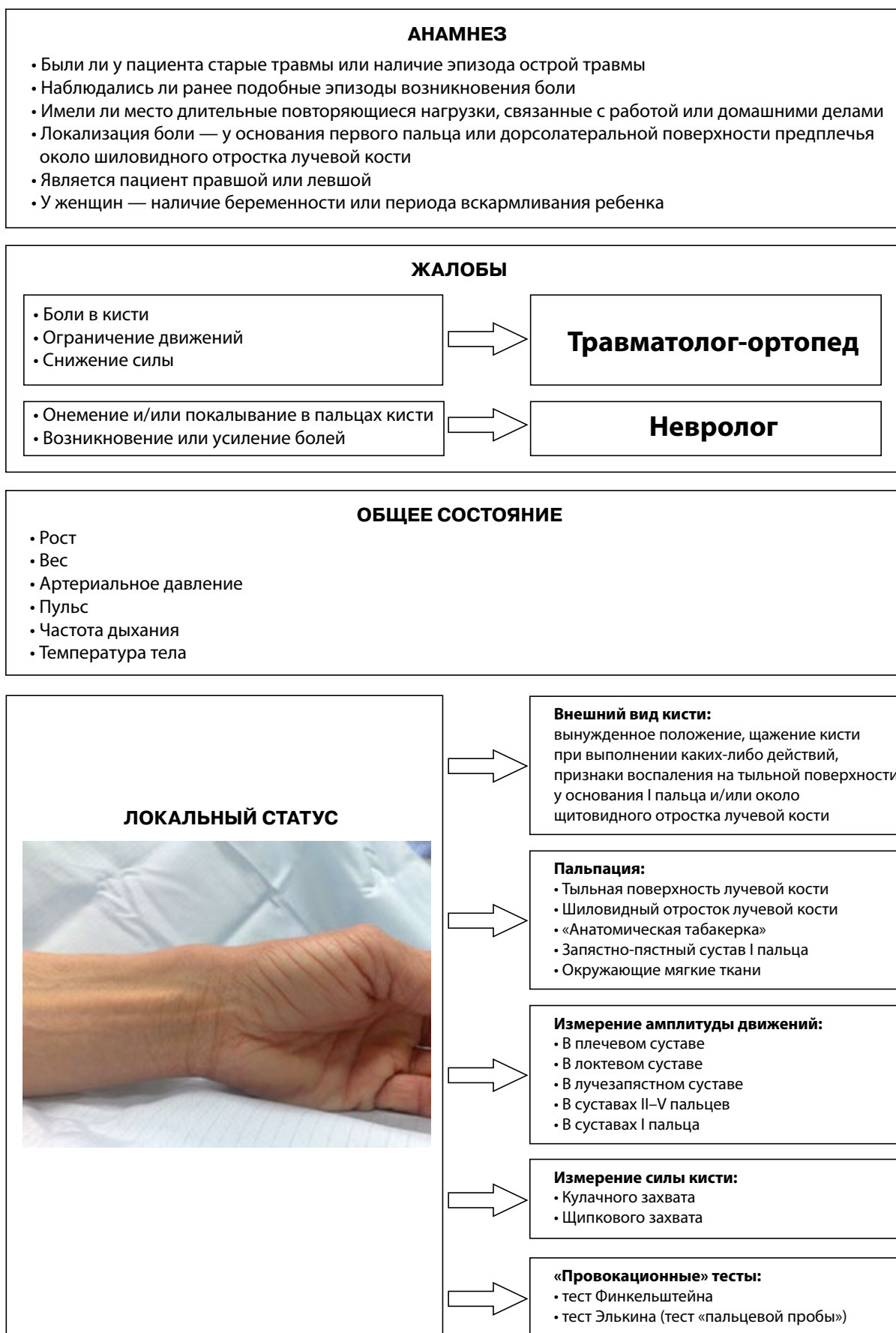


Рис. 6. Общая схема обследования пациента с болезнью де Кервена.

Fig. 6. General scheme of examination of a patient with de Quervain's disease.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. *De Quervain F.* Ueber eine form von chronischer tendovaginitis. Cor-Bl. f. Schweiz. Aerzte. 1895;25:389-94.
2. *Walker-Bone K., Palmer K.T., Reading I., et al.* Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum.* 2004;51(4):642-51.
3. *Усольцева Е.В., Машкара К.И.* Хирургические заболевания и повреждения кисти. Л.: Медицина, 1986. [*Usol'tseva E.V., Mashkara K.I.* Hirurgichesie zabolevaniya i povrezhdeniya kisti. Leningrad: Medicina, 1986. (In Russ.)].
4. *Ашкеназ А.И.* Хирургия кистевого сустава. М.: Медицина, 1990. [*Ashkenazi A.I.* Hirurgiya kistevogo sustava. Moskva: Medician, 1990. (In Russ.)].
5. *Schned E.S.* De Quervain tenosynovitis in pregnant and postpartum women. *Obstet. Gynecol.* 1986;68(3):411-14.
6. *Fournier K., Bourbonnais D., Bravo G., et al.* Reliability and validity of pinch and thumb strength measurements in de Quervain's disease. *J. Hand Ther.* 2006;19(1):2-10.
7. *Joshi S.S., Joshi S.D.* Applied Significance of Variations of The First Extensor Compartment Of Wrist. *J. of the Anatomical Society of India.* 2002;51(2):159-61.
8. *Luchetti R., Atzei A., Fairplay T.C.* Tendon Disorders: de Quervain's Disease, Trigger Finger, and Generalized Tenosynovitis. *Hand Surgery.* 1st Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
9. *Robson A.J., See M.S., Ellis H.* Applied anatomy of the superficial branch of the radial nerve. *Clin. Anat.* 2008;21(1):38-45.
10. *Gurses I.A., Coskun O., Gayreli O., Kale A., Ozturk A.* The relationship of the superficial radial nerve and its branch to the thumb to the first extensor compartment. *J. Hand Surg. Am.* 2014;39(3):480-83.
11. *Beutel B.G., Doscher M.E., Melone C.P.* Prevalence of a Septated First Dorsal Compartment Among Patients with and without De Quervain Tenosynovitis: An In Vivo Anatomical Study. *Hand (N Y);* 2018.
12. *Kulthanan T., Chareonwat B.* Variations in abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendons in the Quervain syndrome: a surgical and anatomical study. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.* 2007;41(1):36-8.
13. *Элькин М.А.* Профессиональные хирургические болезни рук. М.: Медицина, 1971. [*El'kin M.A.* Professional'nye hirirgicheskie bolezni ruk. M.: Medicina, 1971. (In Russ.)].
14. *Verdan C.* Anomalies of muscles and tendons in hand and wrist. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.* 1981;67(3):221-30.
15. *Kay N.R.* De Quervain's disease. Changing pathology or changing perception? *J. Hand Surg. Br.* 2000;25(1):65-9.
16. *Lee Z.H., Stranix J.T., Anzai L., Sharma S.* Surgical anatomy of the first extensor compartment: A systematic review and comparison of normal cadavers vs. De Quervain syndrome patients. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2017;70(1):127-31.
17. *Stahl S., Vida D., Meisner C., et al.* Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: a critical appraisal of its recognition as an occupational disease. *Plast. Reconstr. Surg.* 2013;132(6):1479-91.
18. *Taylor A., Giddins G.* Post-traumatic de Quervain's syndrome: a rare condition, often diagnosed late. *J. Hand Surg. Eur. Vol.* 2017;42(5):524-5.
19. *Lin J.T., Stubblefield M.D.* De Quervain's tenosynovitis in patients with lymphedema: a report of 2 cases with management approach. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2003;84(10):1554-7.
20. *Skoff H.D.* «Postpartum/newborn» de Quervain's tenosynovitis of the wrist. *Am. J. Orthop. (Belle Mead NJ).* 2001;30(5):428-30.
21. *Arons M.S.* de Quervain's release in working women: a report of failures, complications, and associated diagnoses. *J. Hand Surg. [Am].* 1987;12(4):540-4.
22. *Moore J.S., Garg A.* Upper extremity disorders in a pork processing plant: relationships between job risk factors and morbidity. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.* 1994;55(8):703-15.
23. *Byström S., Hall C., Welander T., Kilbom A.* Clinical disorders and pressure-pain threshold of the forearm and hand among automobile assembly line workers. *J. Hand Surg. [Br].* 1995;20(6):782-90.
24. *Capodaglio P., Mancin N., Cornaggia N., et al.* De Quervain's tenosynovitis and work with hand tools: a case study. *G. Ital Med. Lav. Ergon.* 2004;26(3):242-5.
25. *Armstrong T.J., Fine L.J., Goldstein S.A., et al.* Ergonomics considerations in hand and wrist tendonitis. *J. Hand Surg. [Am].* 1987;12(5Pt2):830-7.
26. *Petit Le Manac'h A., Roquelaure Y., Ha C., et al.* Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. *Scand. J. Work Environ Health.* 2011;37(5):394-401.
27. *Rossi C., Cellocco P., Margaritondo E., et al.* De Quervain disease in volleyball players. *Am J. Sports Med.* 2005;33(3):424-7.
28. *Clarke M.T., Lyall H.A., Grant J.W.* The histopathology of de Quervain's disease. *J. Hand Surg. Br.* 1998;23(6):732-4.
29. *Элькин М.А., Лу А.Д.* Стенозирующие лигаментиты запястья и пальцев. М., 1968. [*El'kin M.A., Li A.D.* Stenoziruyushhie ligamentity zapyast'ya i pal'tsev. M., 1968. (In Russ.)].
30. *Chmiel Z.* Osteoid Osteoma of the Radial Styloid Resembling de Quervain's Disease. *J. Hand Surg. Asian Pac.* 2016;21(1):95-8.

Информация об авторах: *Новиков А.В.* — д.м.н., главный научный сотрудник консультативно-реабилитационного отделения университетской клиники Приволжского исследовательского медицинского университета Министерства здравоохранения РФ; *Щедрина М.А.* — к.м.н., ст.н.с. консультативно-реабилитационного отделения Университетской клиники Приволжского исследовательского медицинского университета Министерства здравоохранения РФ; *Петров С.В.* — к.м.н., вед.н.с. микрохирургического отделения университетской клиники Приволжского исследовательского медицинского университета Министерства здравоохранения РФ.

Для контактов: Новиков А.В. — e-mail: novik2.55@mail.ru

Information about the authors: *Novikov A.V.* — PhD, MD, chief researcher of the consultative and rehabilitation Department Of the University clinic of the Volga research medical University; *Shchedrina M.A.* — PhD, senior researcher of Advisory and rehabilitation Department of the University hospital of the Volga research medical University; *Petrov S.V.* — PhD, Md, leading practical assistant microsurgical Department Of the University hospital of the Volga research medical University

Contact: Novikov A.V. — e-mail: novik2.55@mail.ru