

*Е. В. Лазовикова, Ю. И. Мажуга*

## **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИГРОМ КИСТИ**

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

*Кафедра травматологии и ортопедии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** В статье приведены основные современные методы лечения гигром, перечислены основные достоинства и недостатки методов, даны рекомендации по выбору метода лечения опухолевидного образования.

**Ключевые слова:** *гигрома, кисть.*

**Resume.** The article presents the basic modern methods of treatment of hygromas, the main advantages and disadvantages of these methods, recommendations for choosing a method of treatment of tumor formation.

**Keywords:** *hygroma, wrist.*

**Актуальность.** Гигрома – опухолевидное образование, возникающее вследствие дегенеративно-дистрофического процесса, протекающего в синовиальной оболочке суставной капсулы или сухожильном влагалище. Гигрома представляет собой округлое образование до 4-5, а иногда даже 7 см в диаметре, малоподвижное, спаянное с окружающими структурами. Гигромы могут локализоваться в области суставов или сухожилий, также встречаются внутрикостные. В области суставов иногда встречаются гигромы, соединенные с полостью сустава посредством капсульной ножки. Данное заболевание составляет до 60% обращений в клинику по поводу опухолевидных образований.

**Цель:** Рассмотреть основные современные методы лечения гигром.

**Задачи:**

1. Описать теорию этиопатогенеза гигром.
2. Описать клинические проявления, жалобы пациентов.
3. Описать современные методы лечения гигром, указать их достоинства и недостатки, привести данные собственного опыта.

**Материал и методы.** Проведен анализ научной литературы, статистическое исследование историй болезни 245 пациентов на базе 6 ГКБ г Минска, а так же личное наблюдение пациентов, проходивших лечение на базе больницы.

**Результаты и их обсуждение.** Гигромы составляют 40-60% всех обращений в клинику по поводу опухолевидных образований кисти. Обнаружены как у женщин в возрасте 20-40 лет, так и у мужчин трудоспособного возраста, однако женщины болеют в 3 раза чаще. Редко гигромы могут возникать у детей младше 10 лет.

В настоящее время не существует единой теории развития заболевания, наиболее обоснованной и инструментально подтвержденной является метапластическая теория развития ганглия кистевого сустава. Непосредственная или косвенная травма соединительной ткани капсулы сустава едет к метапластической перестройке её клеточных элементов с формированием в ней мелких интракапсулярных кист,

высланных активными высокодифференцированными мезенхимальными клетками, производящими аморфный субстрат (муцин). Подтверждения – электронно-микроскопические исследования, выделившие 2 типа клеток ганглия. Первые – внутренний выстилающий слой, производящий муцин. Вторые – морфологически образующие клетки, располагающиеся в глубоких слоях стенки ганглия с признаками дегенерации, характерными для клеток хрящевой и других соединительнотканной природы.

Диагностировать гигромы можно посредством клинического осмотра на основании жалоб пациента. Как правило, пациенты жалуются на косметический дефект, реже на снижение функции сустава или боль. Часто гигромы могут исчезать произвольно, однако нередки случаи рецидивов. Лечение данного образования может быть консервативным и хирургическим[1].

Консервативное лечение:

1) Раздавливание с последующим наложением давящей повязки. Суть метода заключается в применении давления на гигрому без нарушения целостности кожных покровов. В результате оказываемого давления оболочка гигромы разрывается и муко-слизистое содержимое изливается в окружающие ткани. Риск развития инфекции тканей исключен, поскольку содержимое кисты стерильно. Однако метод не принято применять ввиду скорого рецидива заболевания. Через некоторое время края оболочки срастаются, и внутренний продуктивный слой клеток капсулы начинает секретировать жидкость вновь. Таким образом, результат лечения нивелируется.

2) Пункция образования. При данном виде лечения производят в условиях асептики аспирацию содержимого гигромы и вводят в опустошенное пространство склерозирующие вещества и глюкокортикостероиды для снятия воспаления. При инфицированных гигромах применяются антибиотики.

3) Наряду с пункцией рекомендуется нанесение противовоспалительной мази, однако клиническая ценность данного способа лечения не определена. На ранних стадиях развития заболевания рекомендуется применение физпроцедур. Среди физиотерапевтических мероприятий показаны магнитотерапия, фонофорез с гидрокортизоном. Консервативные методы лечения обычно не дают хорошего эффекта ввиду того, что не устраняют саму причину заболевания. Через определенное время гигрома может сформироваться вновь. Физиотерапевтические методы используются для уменьшения выраженности воспалительных процессов в гигроме, для купирования болей и для нивелирования эффектов сдавления расположенных рядом тканей. Наиболее эффективны следующие физиотерапевтические методики:

УВЧ – улучшает микроциркуляцию крови и процессы регенерации тканей, а также купирует воспаление.

Ультразвук – расслабляет мышцы, улучшает микроциркуляцию, насыщает ткани кислородом и уменьшает выраженность воспаления.

Магнитотерапия – уменьшает выраженность воспаления.

Парафиновые обертывания – уменьшают выраженность воспаления, купируют боли, снимают отек.

В течение всего курса физиотерапии следует накладывать на гигрому тугую повязку, а также ограничивать движения и физические нагрузки на пораженный сустав. При выполнении данных рекомендаций щадящего режима гигрома на некоторое время перестанет болеть, и исчезнут проявления сдавления нервов и сосудов. В целом консервативное лечение данной патологии считается неэффективным, частота рецидивов достигает 80%[4].

В случае быстро прогрессирующих, многокамерных, болезненных образований, а также при наличии ограничения движения рекомендуется хирургическое лечение гигром[2]. Оперативное вмешательство по поводу ганглиона является деликатным и кропотливым, требующим выполнения опытным хирургом во избежание технических ошибок во время операции. Варианты хирургических техник:

1) Метод удаления образования с перевязкой устья. В ходе операции на коже над поверхностью гигромы производят разрез по линии Ландера, края раны разводятся и удерживаются в таком положении. После этого щипцами захватывается верхняя часть капсулы гигромы и удерживается, пока браншами ножниц отрезается от окружающих тканей вся остальная киста. Когда киста будет полностью отрезана от окружающих тканей, ее вытягивают наружу, края раны сопоставляют и накладывают швы. Необходимым является прошивание шейки ганглия при её наличии в целях исключения вероятности рецидива заболевания. В некоторых случаях хирурги предпочитают перевязку шейки ганглия, вместо прошивания.

2) Метод вскрытия гигромы с последующим подшиванием оболочки к подкожной жировой клетчатке по типу "розочки". После рассечения кожи и разведения краев раны на поверхности гигромы делается крестовидный разрез. Края гигромы выворачиваются изнутри наружу, образуя подобие раскрытой розы, что и обусловило название техники, и подшиваются к подкожно-жировой клетчатке. Края раны сопоставляются и рана ушивается.

3) В литературе встречаются также следующие хирургические методы лечения гигром. Прошивание устья без удаления самой гигромы, основанный на нарушении сообщения полостей, а так же метод простого прокалывания.

4) Распространенная в настоящее время техника артроскопического лечения. Данная техника выполнения операции подразумевает введение через маленький прокол специальных манипуляторов, имеющих вид длинных и тонких трубок. Одним манипулятором врач удерживает инструменты и шейкером вылуцивает кисту, отрезая ее от окружающих тканей точно так же, как в ходе обычной операции, а к другому прикреплена камера и источник света, которые обеспечивают передачу изображения на экран. Распространенность данной техники операции обусловлена её высокой технологичностью, меньшей травматизацией и меньшими косметическими послеоперационными последствиями.

5) Удаление лазером. Удаление гигромы лазером представляет собой совре-

менный, малотравматичный метод радикального лечения, обеспечивающий такой же эффект, как хирургическая операция. Лазерное удаление гигромы производится с использованием местного обезболивания, чтобы полностью исключить какие-либо неприятные ощущения во время манипуляции. Суть лазерного удаления гигромы заключается в рассечении кожи над кистой лучом лазера и обеспечении доступа непосредственно к капсуле новообразования. После этого хирург захватывает капсулу щипцами и немного вытягивает ее вверх. Затем лазерным лучом отрезает капсулу кисты от тканей, после чего стягивает края раны и накладывает швы. Лазер рассекает кожу и мягкие ткани бескровно, благодаря чему достигается минимизация травмирования, вследствие чего заживление происходит гораздо быстрее, чем после обычной операции. Лазерное удаление гигромы является косметическим, поскольку на коже остается практически незаметный шрам, который гораздо эстетичнее, чем таковой после обычной операции[3].

После любого вида хирургического лечения необходима иммобилизация на срок от 4 до 6 недель.

#### **Выводы:**

1. Гигромы возникают вследствие метапластической перестройки клеточных элементов капсулы сустава, происходящей из-за микротравм.
2. Пациенты в основном жалуются на косметический дефект, реже – на снижение подвижности в суставе, боль.
3. Наиболее эффективно применение хирургической тактики лечения гигром.

*E. V. Lazovikova, Y. I. Mazhuha*

#### **METHODS OF TREATMENT OF HYGROMAS OF THE WRIST**

*Tutors Assistant professor P. I. Bespalchuk*

*Department of Traumatology and Orthopedics,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Антохин, А. А. Рецидивирующая гигрома (сухожильный ганглий) — диагностика и лечение / А. А. Антохин, П. А. Антохин // Медицинские и фармацевтические науки. – 2013 г. - №3.
2. Демьянчук, В. М. Клинико-лучевое обоснование хирургического лечения синовиальных ганглиев конечностей: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.19, 14.00.27. - Санкт-Петербург, 2005. - 24 с.
3. Лызиков А. Н., Бугаков В. А., Скуратов А. Г. И др. Лазерные технологии в лечении гигром // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь/ НИИ травматологии и ортопедии. – Гомель, 2002. – С. 177
4. Страфун, С.С. Діагностика та лікування гангліону долонно-променевої ділянки кистьового суглобу/ Страфун С.С., Лесков В.Г., Шипунов В.Г // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2009. - №13; 4. - С. 33-37.
5. James A. Masson Soft tissue tumors. Ganglia/ James A. Masson // Selected readings in plastic

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных  
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

---

surgery. - 2002. - №32. - С. 12.