

УДК 617-089

© В.В.Ждановский, В.В.Дарвин

## Удаление доброкачественных образований мягких тканей из минидоступа: амбулаторный опыт

В.В.ЖДАНОВСКИЙ, В.В.ДАРВИН

### Removal of benign soft tissue of minimal access: outpatient experience

V.V.ZHDANOV, V.V.DARWIN

Сургутский государственный университет

Киста эпидермальная (эпидермоидная) — *cysta epidermoidalis* – образование, расположенное в дерме, стенкой которой является эпидермис, а содержимым полости — роговые массы, кожное сало [1]. Сальная киста (МКБ-10 - L72.1) аналогична эпидермальной кисте (атероме) (L72.0) [7]. Некоторые источники утверждают, что киста сальной железы определяется не содержимым кисты (кожного сала), а происхождением (из сальных желез). Этиология и патогенез эпидермальных кист различны. Выделяют первичные невоидные кисты, возникшие в результате порока развития эпидермиса, и вторичные (ретенционные) кисты, образующиеся в связи с травмой, кожными заболеваниями. Однако, на практике все эти термины часто используются как синонимы [9]. Симптомы. Круглые, плотно-эластические, подвижные внутрикожные опухоли диаметром 0,2-5,0 см, возвышающиеся над кожей. Чаще встречаются на волосистой части головы. Из стенок эпидермальной кисты может развиваться некротизирующаяся эпителиома Малebra – редкая доброкачественная опухоль, характеризующаяся эпителиальными разрастаниями и обызвествлением. Злокачественное перерождение эпидермальных кист наступает очень редко [1]. Гистопатология. Стенка кист состоит из шиловидного, зернистого и рогового слоев эпидермиса. Полость кисты заполнена кератином. Дифференциальная диагностика от дермоидной кисты и эпителиомы Малebra возможна лишь при помощи гистологического исследования. Лечение - радикальное хирургическое иссечение кисты и ее оболочки [1, 6], в начальных стадиях возможно консервативное – тепловые процедуры [8].

Ганглий (от греч. *ganglion* – узел) – кистозное образование в перисиновиальной ткани суставной капсулы или сухожильного влагалища, многокамерная или однокамерная киста [5].

Гигрома (от греч. *gigros* – влажный, *ома* – опухоль) – скопление серозно-слизистой или серозно-фибринозной жидкости в полости околосуставной или вновь образовавшейся синовиальной сумки [5]. В МКБ-10 вместо ганглия значатся ганглион (с шифром М 67.4) любой локализации и перисиновиальная киста, синовиальная киста подколенной области Бейкера (М

71.2), другие кисты (М 71.3). Исходя из этих и существующих в других источниках определений, можно заключить, что ганглий – это киста из стенки сухожильного влагалища, а гигрома – киста из стенки синовиальной оболочки сустава или суставной сумки [5].

Сухожильный ганглий одно из частых заболеваний, по поводу которого пациенты обращаются к хирургу поликлиники. Наиболее типичная локализация его – область лучезапястного сустава, чаще заболевание встречается у женщин молодого возраста, работа которых связана с постоянным механическим раздражением лучезапястного сустава (пианисты, работа на компьютере и др.), иногда с травмой [4].

Из всех опухолеподобных заболеваний сухожильный ганглий наиболее часто даёт рецидивы, что связывают с недостаточно радикальным иссечением и особенностями патологии. Для профилактики рецидива рекомендуют иссекать стенку сухожильного влагалища в основании ганглия. При завершении операции местно предлагают применить кеналог-40 в дозе 20-30 мг. В послеоперационном периоде показана иммобилизация конечности гипсовой лонгетой на 7-8 суток [1].

Касаясь этиологии и патогенеза ганглия, следует отметить, что раньше он рассматривался как ретенционная киста, образовавшаяся из выпячивания суставной сумки, которая вследствие слипчивого воспаления превращается в самостоятельную кисту. В последнее время считается, что ганглий образуется внутри суставной или слизистой сумки связочного аппарата, в результате коллоидного перерождения участка соединительной ткани [5].

Диагностика ганглия не представляет трудностей - это округлая безболезненная эластичная опухоль диаметром от 0,5 до 5,0 см с чёткими границами, не спаянная с кожей, но связанная с подлежащими тканями, располагающаяся чаще на тыльной или ладонной поверхности лучезапястной области.

Жалобы больных сводятся, главным образом, к косметическому дефекту на видном месте. Особенно это беспокоит молодых пациенток, которые составляют, по данным В.Ф. Жупан [2], 92% всех страдающих ганглием.

Для лечения ганглия в настоящее время предложено несколько методов: раздавливание, раздавливание с предварительным ослаблением прочности его капсулы путем множественных чрезкожных перфораций [2], пункция ганглия, введение световода и нагрев с помощью лазера ткани гигромы [6] и, наконец, хирургическое удаление. Все способы не обеспечивают отсутствие рецидивов заболевания. После лазерной обработки ткани гигромы дополнительно требуется введение в полость кенолога-40, ношение давящей повязки; рецидивы возникают, количество их уточняется [6]. При простом раздавливании ганглий рецидивирует в 80% случаев, после раздавливания с предварительным ослаблением прочности его капсулы частота рецидивов 2,1% [2], однако эти способы позволяют без особых сложностей повторить манипуляцию. После радикального хирургического удаления ганглия наблюдается до 30% рецидивов [4]. В то же время операция, в отличие от двух первых способов лечения, отрывает пациентов от трудовой деятельности на достаточно длительный период. К тому же после нее на месте опухоли появляется послеоперационный рубец, которых травмирует психику пациенток едва ли не больше, чем сам ганглий. Таким образом, оказывается, что удаление ганглия не имеет существенных преимуществ перед его раздавливанием [2].

Однако способ раздавливания и даже раздавливания с предварительным ослаблением прочности его капсулы не всегда удается выполнить при наличии выраженной капсулы. В связи с этим, мы предложили способ удаления сухожильного ганглия, гигромы, не спаянной с кожей небольшой эпидермальной кисты из минидоступа с использованием крючка (патент РФ №2315566).

Суть методики заключается в том, что над ганглием (эпидермальной кистой) выполняется прокол кожи размером 2 мм, тонким шпателем капсула опухоли выделяется из окружающих тканей, затем крючком Varady стенка ганглия (кисты) захватывается и подтягивается наружу (рис. 1 и 2). После удаления содержимого ганглия (истечение из раны), в максимально возможном объеме извлекается в рану и отсекается. При удалении эпидермальной кисты капсула легко удаляется полностью. Для анестезии используется 1-2% раствор новокаина или лидокаина, 0,2% раствор ропивакаина или бупивакаина. После удаления ганглия (эпидермальной кисты) на прокол накладывается давящая асептическая повязка. Операция занимает несколько минут. Техника выполнения данного метода весьма проста и доступна в любой поликлинике. В течение 4-5 дней на месте опухоли остается небольшой струп над произведенным проколом и пациенты приступают к труду. При обычном удалении средние сроки нетрудоспособности 14,7 дней. Рубец после прокола кожи даже в ближайшие сроки после операции практически не заметен и, что немаловажно, в отличие от раздавливания с предварительным ослаблением проч-

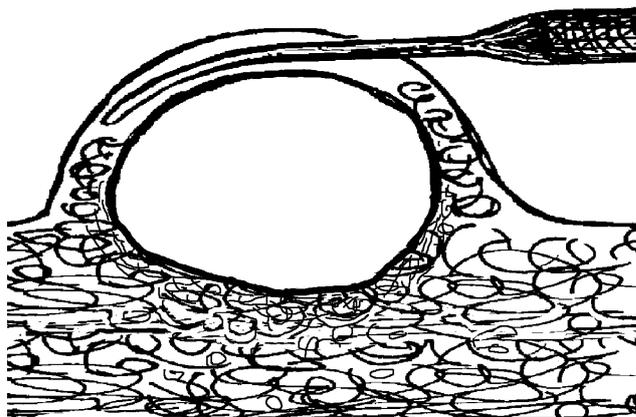


Рис. 1-2. Выделение опухоли.

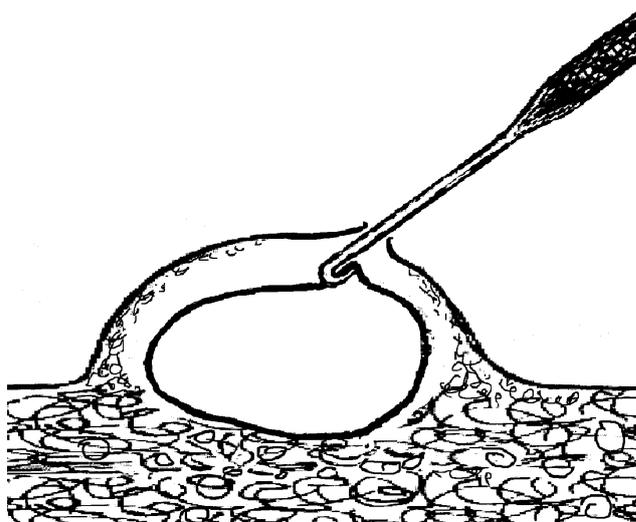


Рис. 3. Удаление опухоли.

ности капсулы этот метод позволяет направить материал на гистологическое исследование.

В Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) Муниципального учреждения здравоохранения «Клиническая городская поликлиника №1» г. Сургута в 2001-2009 гг. из всех пролеченных пациентов 1556 (25,49%) оперированы по поводу различных доброкачественных опухолей мягких тканей. Из их числа 625 (40,62%) пациентов с липомами; иссечение папиллом, фибром произведено у 246 (15,81%), удаление эпидермальных кист (атером) – у 463 (29,76), сухожильных ганглиев (гигром), синовиальных кист – у 127 (8,16%), невусов – у 78 (5,01%) пациентов.

При лечении такого потока больных особого внимания, по понятным причинам, заслуживает выявление злокачественных опухолей кожи и мягких тканей. Этому способствует четкое выполнение алгоритма лечения больных с данной патологией, в том числе обязательные консультации и обследование перед операцией онколога, анализ операционных находок, гистологическое и, при необходимости, иммуногистохимическое исследование удаленного материала.

Из оперированных нами больных с опухолями кожи и мягких тканей у 10 (0,64%) пациентов установлен диагноз злокачественной опухоли, что, впрочем, соответствует литературным данным и говорит о сложностях дооперационной диагностики данной патологии. Пациенты со злокачественными опухолями для последующего наблюдения и лечения передавались направившим их врачам-онкологам.

Из 127 пациентов, оперированных по поводу сухожильного ганглия (гигромы), открытое иссечение произведено у 14 (11,02%) больных. Рецидивы возникли у 3 (21,43%) пациентов. Показанием к этому методу были: необходимость интраоперационного уточнения диагноза, редкая локализация опухоли или большие

ее размеры (свыше 3 см в диаметре). У остальных 116 (88,98%) пациентов выполнялась операция мало-травматичным методом раздавливания ганглия с предварительным ослаблением прочности его капсулы и, если она не удавалась, оперировали предложенным нами методом из мини-доступа. Таким образом, предложенным нами методом оперирован 41 (32,28%) пациент с локализацией ганглия на кисти и стопе. Осложнений, связанных с описанным методом не отмечено. Количество рецидивов составило 9 (21,9), все они оперированы этим же методом повторно, из них повторных рецидивов было 2 (22,22%).

Количество рецидивов у пациентов, оперированных методом раздавливания ганглия с предварительным ослаблением прочности его капсулы составило 16,67% (13 пациентов). Все повторные рецидивы оперированы предложенным нами методом.

Из 463 пациентов с эпидермальными кистами предложенным нами методом оперирован 21 (4,5%). Показанием для операции были небольшие, до 1,3 см опухоли, не спаянные с кожей (без воспаления в анамнезе). Количество пациентов, обратившихся с такими опухолями небольшое, поскольку они чаще являются пациентами косметических кабинетов. Результаты лечения во всех случаях хорошие, рецидивов не было, косметические результаты блестящие.

### Вывод

Разработанная методика является простой в освоении, безболезненно производится под местной анестезией, косметически выгодна, достаточно эффективна, позволяет избежать традиционного хирургического лечения и связанного с ним длительного срока реабилитации

### Список литературы

1. Винник Л. Ф., Дергачев С.В. Доброкачественные опухоли в амбулаторной практике хирурга. Специализированная амбулаторная хирургия. СПб. 1999; 259-281.
2. Жупан В.Ф. О лечении ганглия. Науч.- практ. темат. жур. «Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия». 2002; 4: 8: 46-47.
3. Воронов Н.С., Заславский Э.Е. Лечение ганглиев лучезапястного сустава инъекциями гидрокортизона. Ортопед., травматол. 1976; 11: 48-49.
4. Розов В. И. Руководство по хирургии. М. 1960; XI: 320.
5. Сажин В.П., Коновалов А.С., Комов Ю.А. Лечение ганглиев и гигром в поликлинике. Науч.-практ. темат. жур. «Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия». 2004; 1-2: 13-14: 78-80.
6. Справочник по медицинской косметике. М. 1975.
7. Klin B., Ashkenazi H. Sebaceous cyst excision with minimal surgery. American Family Physician. 1990; 41: 6: 1746-1748.
8. Nakamura M. Treating a sebaceous cyst: an incisional technique. Aesthetic plastic surgery. 2001; 25: 1: 52-56.

Поступила 30.03.2011 г.

### Информация об авторах

1. Ждановский Виктор Владимирович – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии Сургутского государственного университета ХМАО-Югры, декан факультета последипломного образования, заведующий центром амбулаторной хирургии клинической городской поликлиники №1 г. Сургута, e-mail: intelligent@mail.ru
2. Дарвин Владимир Васильевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета Сургутского государственного университета; e-mail: dvv@mf.surgu.ru