

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ СИНОВИАЛЬНОЙ КИСТЫ ЗАПЯСТЬЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

¹Брителько А. А., ¹Аносов В. С., ²Богданович И. И., ³Стальбовская В. И.

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно, Гродно, Беларусь

³Филиал ГУЗ «Городская поликлиника № 5 г. Гродно» Скидельская городская больница,
Скидель, Беларусь

Синовиальные кисты тыла кисти – одна из самых частых причин обращения к ортопеду. В современной практике оптимальным методом их лечения считается хирургический. Однако открытое иссечение может приводить к осложнениям. В статье описан наш первый опыт клинического наблюдения за пациенткой после артроскопического удаления синовиальной кисты тыла кисти.

Ключевые слова: гигрома, синовиальная киста, кисть, запястье.

Для цитирования: Артроскопическое удаление синовиальной кисты запястья: случай из практики / А. А. Брителько, В. С. Аносов, И. И. Богданович, В. И. Стальбовская // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020. Т. 18, № 6. С. 746-749. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2020-18-6-746-749>.

Введение

Синовиальные кисты – одна из самых частых причин обращений в практике ортопеда. От 60 до 70% этих доброкачественных новообразований располагается на тыльной поверхности запястья и кисти [1, 2].

По своей патоморфологической структуре они относятся к псевдокистам, так как капсула состоит из соединительной ткани и не имеет эпителиального слоя и синовиоцитов. В связи с тем, что капсула кисты посредством ножки может иметь соединение с разными анатомическими структурами, в современной классификации выделяют 3 группы кист:

- 1) связанные с полостью сустава (больше 50%);
- 2) связанные с синовиальной оболочкой сухожилия;
- 3) исходящие из периартикулярных тканей [2].

Важным механизмом развития кист у пациентов с гипермобильностью суставов является клапанный механизм их образования. Пациенты с болью в кисти при этой патологии имеют положительный тест сдвига ладьевидной кости кисти [3, 4]. Подтверждение данной теории – вероятность спонтанного их исчезновения [5].

Эстетический дефект, болевой синдром и последующее нарушение функции кисти, особенно в группе пациентов физического труда, требуют поиска оптимального метода лечения.

В литературе предложено несколько тактик лечения:

- 1) наблюдение и физиотерапевтическое лечение;
- 2) раздавливание кисты;
- 3) пункция и аспирация содержимого;
- 4) пункция, аспирация содержимого и введение препаратов (гиалуронидаза, этоксисклерол, глюкокортикоидные гормоны);
- 5) открытое удаление кисты;
- 6) артроскопическое удаление кисты [6].

Наиболее низкая частота рецидивов, согласно данным Kuliński S. и соавт., может быть до-

стигнута только при хирургическом лечении и составляет 12,1% [7].

Открытая техника удаления ассоциирована с высокой частотой рецидивов, которая может достигать 40% [8, 9], вероятностью повреждения ладьевидно-полулунной связки с последующим развитием нестабильности запястья [10], развитием дерматогенной контрактуры лучезапястного сустава, снижением силы хвата кисти, образованием эстетически нежелательного рубца, хроническим болевым синдромом [11]. Артроскопическое удаление кист области кистевого сустава лишено этих недостатков [12].

Описание клинического случая

Из анамнеза заболевания известно, что без видимой причины около 3 лет назад пациентка А., 34 лет, начала испытывать умеренный дискомфорт и периодическую боль в области левого кистевого сустава при физической нагрузке и определенном положении кисти, в течение последующих 6 месяцев по тыльной поверхности запястья появилось опухолевидное образование, с которым она обратилась в поликлинику по месту жительства. Выставлен диагноз: «гигрома тыла левой кисти» (рис. 1).



Рисунок 1. – Внешний вид кисти до оперативного вмешательства

Figure 1. – The appearance of the hand before surgery

Проведенное физиотерапевтическое лечение оказалось неэффективным.

В амбулаторных условиях выполнена пункция кисти, после эвакуации гелеобразного светло-желтого прозрачного содержимого в объеме 4 мл в ее полость введен 1 мл раствора Дипроспан®, положена эластичная давящая повязка сроком на 10 дней. Спустя 4 недели наступил рецидив заболевания.

Выполнено УЗИ левого лучезапястного сустава, по результатам которого выявлено однокамерное анэхогенное образование размерами 3,5×3,5×3 см, ножкой прилежащее к ладьевидно-полулунной связке (рис. 2).



Рисунок 2. – Фотография УЗИ синовиальной кисты.
Стрелкой указаны ножка и устье кисты
Figure 2. – Ultrasound photograph of a synovial cyst. The arrow indicates the pedicle of the cyst

Лабораторно: ОАК: СОЭ – 10 мм/час (норма <20 мм/час), РФ – отрицательный (норма до 30 МЕ/мл), АСЛО – 57 Ед/мл (норма <200 Ед/мл), СРБ – отрицательный (норма 0-5 мг/мл), анти-срр – отрицательный (норма <5 Ед/мл).

Пациентка госпитализирована в травматологическое отделение № 1 УЗ «ГКБСМП г. Гродно» 17.04.2019 г., было принято решение о проведении артроскопии левого лучезапястного сустава с последующим возможным удалением кисты.

Операция. В асептических условиях после стандартной обработки операционного поля сделаны 6R и 3-4 артроскопические доступы к левому лучезапястному суставу. Введен артроскоп и шуп. При ревизии суставной хрящ без особенностей. Ладьевидно-полулунная связка цела. Треугольный фиброзно-хрящевой комплекс без особенностей. По тыльной поверхности в области ладьевидно-лучевого сочленения имеется гипертрофия синовиальной оболочки (рис. 3), она удалена с помощью шейвера.

Далее вскрыта и дренирована в полость лучезапястного сустава киста тыла кисти. Сустав промыт, осушен. Швы на кожу. Йод. Асептическая повязка, иммобилизация левой кисти в ортезе полной степени фиксации.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Из особенностей можем отметить значительный отек кисти, который уменьшился к третьим суткам без специального лечения. Па-

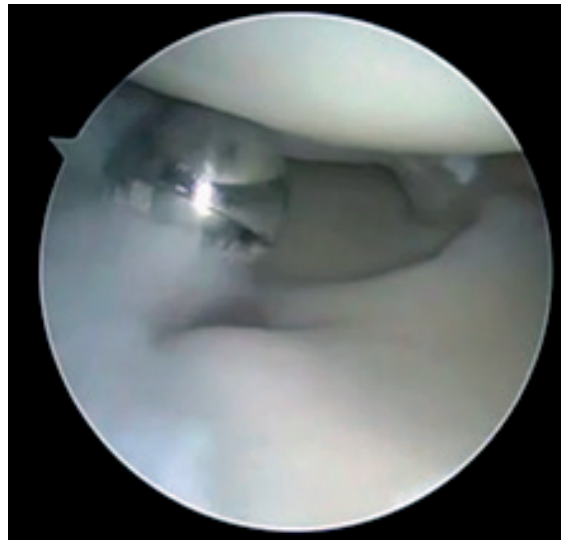
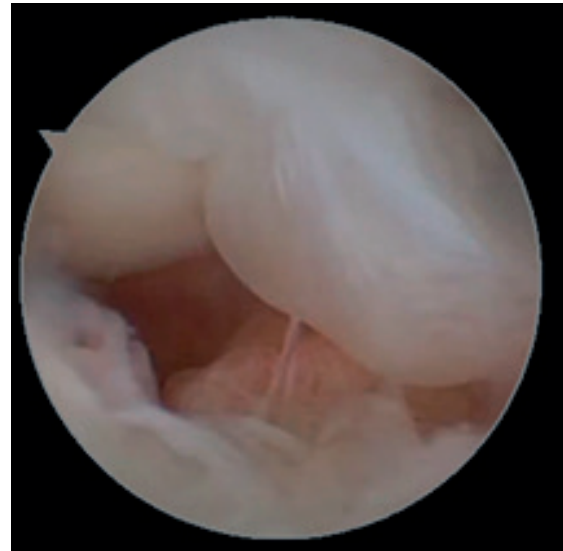


Рисунок 3. – Интраоперационная фотография.
Слева – разрастание ворсин синовиальной оболочки, справа – синоэктомия
Figure 3. – Intraoperative photography. On the left – the proliferation of the synovium, on the right – synovectomy

циентка выписана для амбулаторного лечения на седьмые сутки.

Проводилась иммобилизация лучезапястного сустава в течение 10 дней, уход за послеоперационными ранами. Швы не снимались (биодegradуемый, внутрикожный).

Пациентка осмотрена через 16 месяцев после операции. Внешний вид кисти представлен на рисунке 4.

Рецидива заболевания не было. Боль в кисти не беспокоит. Объем движений полный. Послеоперационные рубцы без особенностей. Кожная чувствительность в области левой кисти не нарушена. Пациентка полностью удовлетворена эстетическим и функциональным результатом.

Заключение

Вопрос выбора оптимального метода оперативного лечения синовиальных кист кисти остается открытым. С нашей точки зрения, артроскопическое удаление – оптимальный метод



Рисунок 4. – Внешний вид кисти через 16 месяцев после операции
Figure 4. – The appearance of the hand at 16 months follow-up

лечения, так как позволяет выявить и корректировать сопутствующую внутрисуставную патологию, имеет меньшее количество осложнений и частоту рецидивов, а также более выгодный эстетический результат.

Однако для его осуществления требуются достаточный опыт и мануальные навыки хирурга,

а также специальное оборудование: артроскоп, тракционная, приточная и отточная ирригационные системы, оптика диаметром 1,9 или 2,7 мм с наклоном линзы 30°, набор инструментов (щуп, шейвер диаметром 2,0 или 2,9 мм).

Литература

- Meena, S. Dorsal wrist ganglion: current review of literature / S. Meena, A. Gupta // *J. Clin. Orthop. Trauma.* – 2014. – Vol. 5 (2). – P. 59-64. – doi: 10.1016/j.jcot.2014.01.006.
- Ультразвуковая диагностика синовиальных кист кисти и лучезапястного сустава / И. Г. Чуловская [и др.] // *Травматология и ортопедия России.* – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 108-116. – doi: 10.21823/2311-2905-2018-24-2-108-116.
- Ligamentous hyperlaxity and dorsal wrist ganglions / K. E. McKeon [et al.] // *J. Hand Surg. Am.* – 2013. – Vol. 38 (11). – P. 2138-2143. – doi: 10.1016/j.jhssa.2013.08.109.
- Jayson, M. I. Valvular mechanisms in juxta-articular cysts / M. I. Jayson, A. S. Dixon // *Ann. Rheum. Dis.* – 1970. – Vol. 29 (4). – P. 415-420. – doi: 10.1136/ard.29.4.415.
- Dias, J. J. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention / J. J. Dias, V. Dhukaram, P. Kumar // *J. Hand Surg. Eur. Vol.* – 2007. – Vol. 32 (5). – P. 502-508. – doi: 10.1016/j.jhse.2007.05.007.
- Kuliński, S. Chemical substances used in the treatment of ganglions located in the hand and wrist / S. Kuliński, O. Gutkowska, J. Gosk // *Polim. Med.* – 2016. – Vol. 46, № 1. – P. 95-100. – doi:10.17219/pim/64803.
- Dorsal and volar wrist ganglions: the results of surgical treatment / S. Kuliński [et al.] // *Adv. Clin. Exp. Med.* – 2019. – Vol. 28, № 1. – P. 95-102. – doi:10.17219/acem/81202.
- Aslani, H. Prospective outcomes of arthroscopic treatment of dorsal wrist ganglia / H. Aslani, A. Najafi, Z. Zaaferani // *Orthopedics.* – 2012. – Vol. 35 (3). – P. e365-e370. – doi: 10.3928/01477447-20120222-13.
- Lidder, S. Surgical excision of wrist ganglia; literature review and nine-year retrospective study of recurrence and patient satisfaction / S. Lidder, V. Ranawat, P. Ahrens // *Orthop. Rev.* – 2009. – Vol. 1, № 1. – P. e5. – doi: 10.4081/or.2009.e5.
- Duncan, K. H. Scapholunate instability following ganglion cyst excision. A case report / K. H. Duncan, R. C. Jr. Lewis // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 1988. – Vol. 228. – P. 250-253. – doi: 10.1097/00003086-198803000-00038.
- Outcomes of open dorsal wrist ganglion excision in active-duty military personnel / G. C. Balazs [et al.] // *J. Hand Surg. Am.* – 2015. – Vol. 40, № 9. – P. 1739-1747. – doi: 10.1016/j.jhssa.2015.05.030.
- Arthroscopic resection of dorsal wrist ganglion: results and rate of recurrence over a minimum follow-up of 4 years / C. H. Fernandes [et al.] // *Hand (N. Y.).* – 2019. – Vol. 14, № 2. – P. 236-241. – doi:10.1177/1558944717743601.

References

- Meena S, Gupta A. Dorsal wrist ganglion: current review of literature. *J Clin Orthop Trauma.* 2014;5(2):59-64. doi: 10.1016/j.jcot.2014.01.006.
- Chulovskaya IG, Egiazaryan KA, Skvortsova MA, Lobachev EL. Ultrazvukovaja diagnostika sinovialnyh kist kisti i luchezapjastnogo sustava [Ultrasound diagnostics of synovial cysts of the hand and wrist]. *Travmatologija i ortopedija Rossii* [Traumatology and Orthopedics of Russia]. 2018;24(2):108-116. doi: 10.21823/2311-2905-2018-24-2-108-116. (Russian).
- McKeon KE, London DA, Osei DA, Gelberman RH, Goldfarb CA, Boyer MI, Calfee RP. Ligamentous hyperlaxity and dorsal wrist ganglions. *J Hand Surg Am.* 2013;38(11):2138-2143. doi: 10.1016/j.jhssa.2013.08.109.
- Jayson MI, Dixon AS. Valvular mechanisms in juxta-articular cysts. *Ann Rheum Dis.* 1970;29(4):415-420. doi: 10.1136/ard.29.4.415.
- Dias JJ, Dhukaram V, Kumar P. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention. *J Hand Surg Eur Vol.* 2007;32(5):502-508. doi: 10.1016/J.JHSE.2007.05.007.
- Kuliński S, Gutkowska O, Gosk J. Chemical substances used in the treatment of ganglions located in the hand and wrist. *Polim Med.* 2016;46(1):95-100. doi: 10.17219/pim/64803.
- Kuliński S, Gutkowska O, Mizia S, Martynkiewicz J, Gosk J. Dorsal and volar wrist ganglions: the results of surgical treatment. *Adv Clin Exp Med.* 2019;28(1):95-102. doi: 10.17219/acem/81202.

8. Aslani H, Najafi A, Zaaferani Z. Prospective outcomes of arthroscopic treatment of dorsal wrist ganglia. *Orthopedics*. 2012;35(3):e365-70. doi: 10.3928/01477447-20120222-13.
9. Lidder S, Ranawat V, Ahrens P. Surgical excision of wrist ganglia; literature review and nine-year retrospective study of recurrence and patient satisfaction. *Orthop Rev (Pavia)*. 2009;1(1):e5. doi: 10.4081/or.2009.e5.
10. Duncan KH, Lewis RC Jr. Scapholunate instability following ganglion cyst excision. A case report. *Clin Orthop Relat Res*. 1988;228:250-253. doi: 10.1097/00003086-198803000-00038.
11. Balazs GC, Donohue MA, Drake ML, Ipsen D, Nanos GP 3rd, Tintle SM. Outcomes of open dorsal wrist ganglion excision in active-duty military personnel. *J Hand Surg Am*. 2015;40(9):1739-1747. doi: 10.1016/j.jhsa.2015.05.030.
12. Fernandes CH, Meirelles LM, Raduan Neto J, Fernandes M, Dos Santos JBG, Faloppa F. Arthroscopic resection of dorsal wrist ganglion: results and rate of recurrence over a minimum follow-up of 4 years. *Hand (NY)*. 2019;14(2):236-241. doi: 10.1177/1558944717743601.

ARTHROSCOPIC RESECTION OF SYNOVIAL CYST OF THE WRIST: CASE REPORT

¹*Brytsko A. A.,* ¹*Anosov V. S.,* ²*Bahdanovich I. I.,* ³*Stalbouskaya V. I.*

¹*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

²*Grodno State Emergency Hospital, Grodno, Belarus*

³*Branch of State Healthcare Institution "Grodno City Polyclinic No. 5",
Skidel City Hospital, Belarus*

Synovial cysts are the most common condition in hand surgeon practice. Open surgical resection was a traditional method of treatment but it is associated with numerous complications. We describe our first patient follow up after arthroscopic wrist ganglion resection.

Keywords: wrist ganglion, synovial cyst, hand, wrist.

For citation: Brytsko AA, Anosov VS, Bahdanovich II, Stalbouskaya VI. Arthroscopic synovial cyst of the wrist resection: case report. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2020;18(6):746-749. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2020-18-6-746-749>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.
Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Брытько Александр Александрович / Brytsko Alexandr, e-mail: emik3ster@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6600-6542

Аносков Виктор Сергеевич / Anosov Victor, e-mail: aviktor8@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7835-3231

Богданович Иван Игоревич / Bahdanovich Ivan, e-mail: livenba08@mail.ru

Стальбовская Вероника Игоревна / Stalbouskaya Veronika, e-mail: nikuly.vi@mail.ru

* автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 01.09.2020

Принята к публикации / Accepted for publication: 17.11.2020