

Б.В. Лоншаков, А.П. Найманова

КИСТА БЕККЕРА У ДЕТЕЙ

Иркутская государственная областная детская клиническая больница (Иркутск)

В данной статье отражены исторические аспекты, а также представлена методика микрохирургического удаления кисты Беккера. В работе произведен анализ проведенного оперативного лечения 127 пациентов, из них у 37 по микрохирургической методике. Гигромы у детей являются исключительно доброкачественными кистозными образованиями, сообщающимися, как правило, через узкие ворота с полостью сустава. Наиболее частая локализация гигром у детей — это область подколенной ямки (киста Беккера). Клиническое течение их бессимптомно, на функции сустава не отражается. Абсолютных показаний как к оперативному, консервативному, так и пункционному лечению нет. При выборе активной тактики лечения целесообразнее проведение микрохирургической операции — удаление гигромы с пластикой дефекта капсулы сустава и проведением соответствующего послеоперационного периода.

Ключевые слова: киста, дети, лечение

CHILDREN'S CASES OF BEKKER'S CYST

B.V. Lonshakov, A.P. Naymanova

Irkutsk State Regional Clinical Hospital for Children, Irkutsk

This article is devoted to the historical aspects and the methods of microsurgery removal of Bekker's cyst. The analysis of the operative treatment of 127 patients is made in the given work. 37 of all patients were treated with the help of the microsurgical methods. Children's hygromas are exclusively cystic formations, which as a rule communicate with a cavity of a joint through the narrow gates. More often children have Bekker's cysts in the area of the popliteal pole. Their clinical current has no symptoms and they do not influence the function of a joint. There are no absolute indications to operative, conservative or punctural treatment. Choosing the active tactics of treatment, it is reasonable to carry out microsurgical operation — removal of hygroma with the plastic of the defect of a joint capsule and carrying out of the corresponding postoperative period.

Key words: cyst, children, treatment

Опухолевидное образование в подколенной ямке впервые было описано Dupuëtren (1828; цит. С. Thijn) [6]. Исследователь Adams в 1840 г. описывал кисту подколенной ямки как увеличенную синовиальную сумку, лежащую под медиальной головкой икроножной мышцы, и имеющую сообщение с полостью сустава. Baker (1877, 1885; цит. P. Lindgren) и соавторы связывал образование кисты подколенной ямки с воспалительным процессом в полости сустава или резким растяжением капсулы. По мнению Беккера, растянутая и ослабленная под влиянием патологического выпота капсула сустава истончается сзади, обычно ниже кося под коленной связки, где и образуется шейка грыжевого мешка. Синовиальная грыжа проникает сзади, проходит между двумя головками икроножной мышцы и распространяется под фасцией и кожей, опускается немного вниз, достигая различной величины.

Наличие гигромы у детей рассматривают как состояние, связанное с морфофункциональной незрелостью детского организма. Причинами ее образования и формирования являются несовершенство сумочно-связочного аппарата: редким расположением соединительно-тканых волокон в фиброзном слое капсулы, отсутствием прочной связи между ними, повышенной эластичностью, легкой смещаемостью при различных воздействиях. В образовавшиеся дефекты (щели) легко про-

лабирует подлежащий к ним синовиальный слой капсулы, а появившаяся таким образом полость заполняется синовиальной жидкостью. Присоединение клапанного механизма — одностороннее поступление синовиальной жидкости из сустава или синовиального влагалища в кисту определяет не только наличием клапана, но и изменением физических ее свойств, вследствие нарушения баланса процессов секреции и всасывания соответственно синовиальной оболочки.

Гигромы как у детей, так и у взрослых встречаются довольно часто, но природа этих образований достоверно не известна. Этим объясняется отсутствие единой терминологии — их называют ганглиями, гигромами, кистами, синовиомами, бурситами [1, 2].

Истинные гигромы в области лучезапястного и голеностопного суставов исходят из синовиальных влагалищ длинных сухожилий, как отмечает проф. Э.Ф. Самойлович (1995), но в подколенной ямке отсутствуют длинные сухожилия и их влагалища. При хроническом воспалительном процессе должна быть соответствующая клиника артрита, воспалительные изменения в содержимом и оболочках кисты, чего при цитологическом исследовании содержимого кист и гистологическом исследовании оболочек мы не наблюдали.

При наличии у ребенка опухолевидного образования в подколенной ямке обычно ставится диагноз

«гигрома подколенной области», «хронический бурсит», «грыжа коленного сустава» и т.п., ребенку рекомендуют оперативное лечение, либо назначают консервативную терапию, чаще физиолечение [4].

Согласно литературе существуют различные методы лечения гигром: иммобилизация конечности, в сочетании с физиотерапевтическими процедурами на область образования, раздавливание или удаление их с прошиванием ножки, простое рассечение оболочек с обработкой внутренней поверхности 5% спиртовой настойкой йода или пункционное лечение с введением гидрокортизона или цитостатиков. Данные методы не всегда являются эффективными и не исключают рецидивирования [1–3]. По данным ряда авторов [4, 5] частота послеоперационных рецидивов достигает 40 %, а неэффективность физиотерапевтического лечения и применение различного рода пункционных методов лечения общеизвестна.

Таким образом, до настоящего времени единого мнения о природе этих образований и тактике лечения гигром различной локализации не существует.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

За 10-тилетний период с 1994 по 2004 гг. в Областной детской клинической больнице было пролечено 127 пациентов с данной патологией в возрасте от 2,5 до 15 лет. Наиболее часто страдают дети в возрасте 4–7 лет, мальчики гораздо чаще подвержены заболеванию — 70 (62,5 %), чем девочки — 42 (37,5 %) человека, возможно из-за повышенной двигательной активности. Патологический процесс локализовался в подколенной ямке у

112 (88,1 %), области лучезапястного сустава — у 13 (10,3 %) человек, у 2-х пациентов (1,6 %) мы наблюдали относительно редкую локализацию — область голеностопного сустава.

В своем исследовании мы поставили **цель** — изучить особенности клинического проявления данных образований и определить тактику наиболее рационального лечения.

У всех пациентов клинические проявления гигром подколенной ямки были крайне скудными. Жалобы родителей пациентов сводились к тому, что они обнаруживали, зачастую случайно, у своих детей наличие опухолевидного образования мягко- или плотноэластической консистенции в медиальных отделах подколенной ямки. Нарушений объема движений, болевых ощущений в коленном суставе при активных и пассивных движениях не отмечалось. Характерной особенностью гигром любой локализации являлось отсутствие изменений кожных покровов над ними. Усиления кожного сосудистого рисунка, признаков воспаления мы также не наблюдали (рис. 1).

Всем детям проводилось ультразвуковое исследование мягких тканей в области патологического образования и полости прилегающего сустава на сканере 447 ZiPlus («Techos» Италия) с использованием датчика линейной последовательности с частотой 7,5 МГц. Во всех случаях ультразвуковая картина была с небольшими отклонениями идентичной. Определялось жидкостное опухолевидное образование в мягких тканях над суставом, которое имело четкие границы и тонкостенную капсулу. Связь с полостью сустава со 100 % достоверностью определить не представлялось возможным (рис. 2, 3).

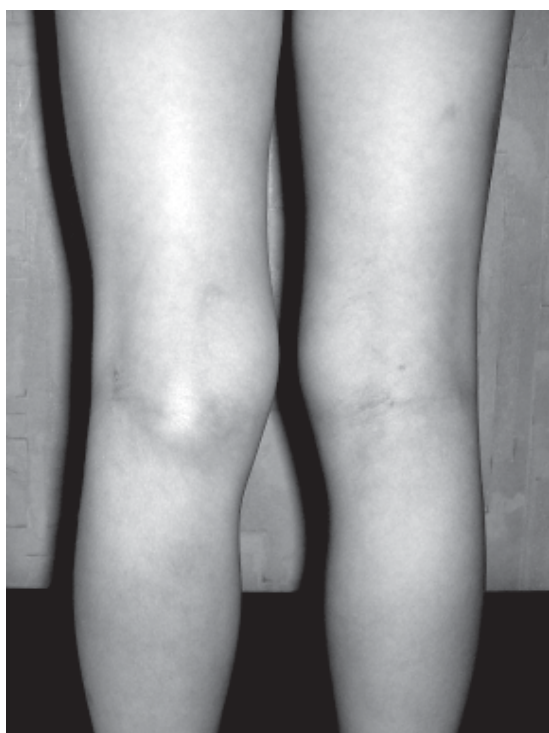


Рис. 1. Клиническая картина.

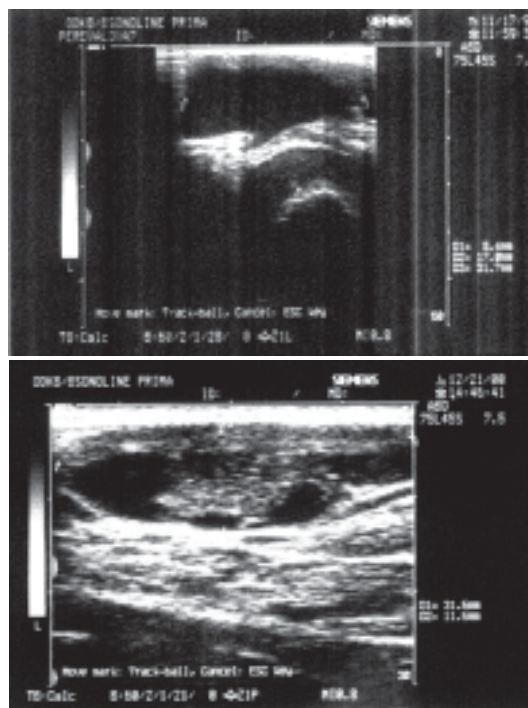


Рис. 2–3. УЗС-картина гигромы подколенной ямки (киста Бекера).

Проведение рентгенографии в двух проекциях мы считаем для данной нозологической единицы обязательным, это позволяет исключить новообразования костей составляющих сустав, а также другую патологию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство детей в клинике было оперировано. Пункционный метод лечения кист Беккера применен у 17 больных (13,3 %). У 15 пациентов наблюдали рецидив заболевания через различные сроки от 3-х месяцев до 1 года. В последующем эти дети были оперированы повторно. Двое пациентов с рецидивом после пункционного лечения в процессе диспансерного наблюдения были «утеряны». По методике микрохирургического удаления кисты Беккера прооперировано 37 пациентов, остальные 73 были оперированы с использованием общехирургического инструментария, без использования презенционной и оптической техники.

Техника микрохирургической операции

Положение больного на операционном столе на животе. Для облегчения брюшного дыхания под

тазовый и грудной отдел подкладывались мягкие валики, с таким расчетом, чтобы под животом ребенка оставалось свободное пространство длиной в поперечник ладони. На 2/3 бедра накладывался артериальный жгут.

В подколенной ямке производился широкий, S-образной формы разрез кожи согласно линиям натяжения Лангера. Затем, для обеспечения более широкого доступа к патологическому образованию крестообразно рассекалась собственная фасция кожи.

С использованием бинокулярной лупы (увеличение $\times 3,2$) и микрохирургического инструментария производилось тщательное визуальное-презенционное выделение кисты, с сохранением ее оболочек, избегая их повреждения, до ворот в капсуле сустава, которые во всех наших наблюдениях располагались в задне-верхнем внутреннем завороте, представляя из себя в большинстве случаев щелевидный дефект (рис. 4, 5).

Пластика дефекта в капсуле сустава проводилась Z- или П-образными швами с формированием «дубликатуры» из остатков оболочек кисты (рис. 6, 7).

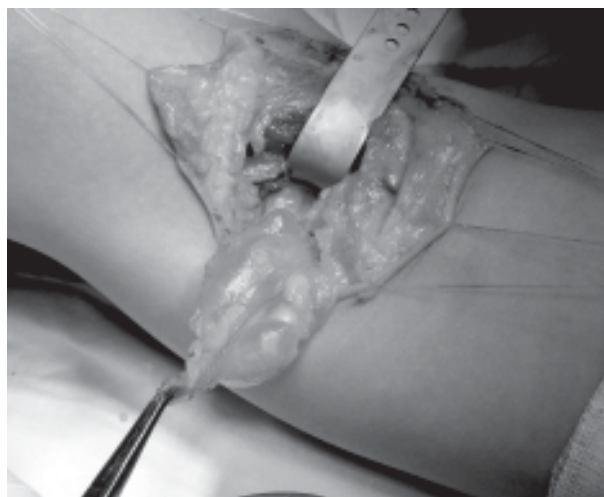


Рис. 4–5. Этапы выделения кисты.

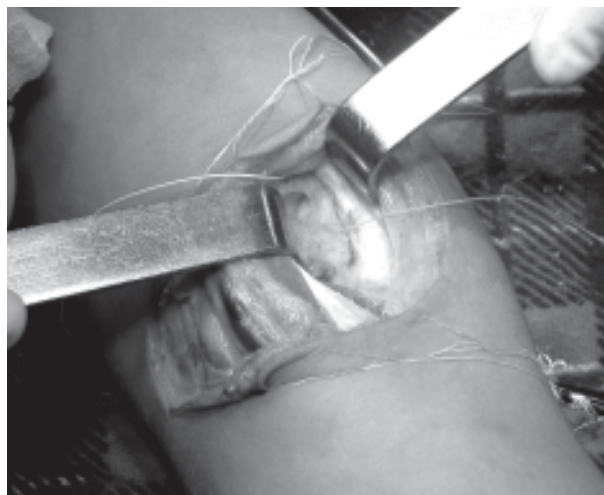


Рис. 6–7. Пластика дефекта капсулы сустава.



Рис. 8. Ранний послеоперационный период.

Артериальный жгут снимали, после чего проводили тщательный гемостаз, и рана послойно ушивалась наглухо. Дренажирование раны при проведении микрохирургических операций мы не проводили (рис. 8).

Очень важно в послеоперационном периоде проводить длительную гипсовую иммобилизацию конечности — гипсовая лангетная повязка накладывается по передней поверхности нижней конечности, от верхней трети бедра до нижней трети голени, в положении сгибания в коленном суставе $100 - 110^\circ$ (не менее 14 дней), что обеспечивает оптимальные условия как для заживления послеоперационной раны, так и для формирования соединительнотканного рубца на капсуле сустава в области его дефекта. Мы считаем, что это именно то обстоятельство, строгое соблюдение которого в послеоперационном периоде позволяет избежать рецидива заболевания. При данной патологии надо считать, и настраивать как родителей пациента, так и самого ребенка, что 50 % успеха операции зависит от правильного послеоперационного периода и сроков иммобилизации конечности (рис. 9).



Рис. 9. Отдаленный клинический результат.

ВЫВОДЫ

Таким образом, наш опыт лечения кисты Беккера свидетельствует о необходимости ограничений показаний к пункционному методу лечения, как недостаточно эффективному, и более широкому применению микрохирургического метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кариев М.Х. «Грыжа» подколенной ямки (киста Беккера) / М.Х. Кариев, Е.В. Лузина, А.С. Файн // Вестник хирургии. — 1980. — № 2. — С. 105 — 106.
2. Бабич И.И. Лечение гигром у детей / И.И. Бабич, Г.И. Чепурной, И.В. Бабич // Хирургия. — 1988. — № 6. — С. 79 — 82.
3. Куц Н.Л. Гигромы лучезапястного сустава у детей / Н.Л. Куц, А.Е. Худяков // Хирургия. — 1991. — № 8. — С. 116 — 117.
4. Самойлович Э.Ф. Киста Беккера у детей / Э.Ф. Самойлович, А.А. Алексеев // Хирургия. — 1995. — № 4. — С. 74 — 76.
5. Dinham J.M. Children's hygromas / J.M. Dinham // J. Bone Jt Surg. — 1975. — Vol. 57B, N 1. — P. 69 — 71.
6. Thijn G.J.P. Arthrography of the Knee Joint / G.J.P. Thijn. — Berlin, 1979. — P. 128 — 133.