



Клинический случай гигантской кисты Бейкера у пациента с ревматоидным артритом

К.Ю. Грищенко¹, И.А. Герасименко^{1,2✉}, А.А. Лоскутов^{1,3}, А.В. Субботина^{2,3}

¹ООО «Клиника Преображенская», Краснодар, Россия;

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия;

³ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная», Краснодар, Россия

✉gerasimenko_ivan@inbox.ru

Аннотация

В статье приведен пример диагностики и хирургического лечения гигантской кисты Бейкера у пациентки с ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, киста Бейкера, подколенная киста, синовэктомия.

Для цитирования: Грищенко К.Ю., Герасименко И.А., Лоскутов А.А., Субботина А.В. Клинический случай гигантской кисты Бейкера у пациента с ревматоидным артритом. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (10): 24–27. DOI: 10.47407/kr2024.5.10.00491

A clinical case of giant Baker's cyst in a patient with rheumatoid arthritis

Konstantin Yu. Grishchenko¹, Ivan A. Gerasimenko^{1,2✉}, Aleksey A. Loskutov^{1,3}, Anastasiya V. Subbotina^{2,3}

¹Limited Liability Company «Clinic Preobrazhenskaya», Krasnodar, Russia;

²Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia;

³Limited Liability Company DTC «Clinic Solnechnaya», Krasnodar, Russia;

✉gerasimenko_ivan@inbox.ru

Abstract

In this article, we present an example of diagnosis and surgical treatment of a giant Baker's cyst in a patient with rheumatoid arthritis.

Keywords: rheumatoid arthritis, Baker's cyst, popliteal cyst, synovectomy.

For citation: Grishchenko K.Yu., Gerasimenko I.A., Loskutov A.A., Subbotina A.V. Clinical case of Baker's giant cyst in a patient with rheumatoid arthritis. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (10): 24–27 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.10.00491

Введение

Ревматоидный артрит (РА) – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание с прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета [2]. Распространенность РА среди взрослого населения составляет от 0,5 до 2% [1]. Согласно статистическим данным, в 2017 г. в России зарегистрировано более 300 тыс. пациентов с РА [4]. При РА синовиальная оболочка, предположительно, является первичной аутоиммунной мишенью [3]. В развернутой и финальной стадиях заболевания в патологический процесс вовлекаются связочный аппарат и синовиальные сумки – синовиальная киста на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера) [2].

Название дано в честь работы доктора Уильяма Морранта Бейкера. В 1877 г. Бейкер описал 8 случаев периапикальных кист, вызванных выделением синовиальной жидкости из коленного сустава и образованием нового мешка вне сустава [5].

Пальпируемое образование позади коленного сустава, которое обычно расширяет подкожную клетчатку, находится между полуперепончатой мышцей и медиальной головкой икроножных сухожилий [6].

В данной статье мы представляем гигантскую кисту Бейкера у пациента с РА, распространяющуюся до нижней трети икроножной мышцы, до сухожильно-мышечного перехода ахиллова сухожилия.

Клинический случай

Больная Е., 68 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль в правом коленном суставе и отек правой голени.

Из анамнеза заболевания следовало, что около 15 лет назад у пациентки диагностирован РА. Последние годы больная демонстрирует крайне низкую приверженность лечению – ревматолога не посещает, синтетические базовые противовоспалительные препараты не принимает, при усилении суставного синдрома самостоятельно проводит внутримышечные инъекции бета-метазона (с частотой в среднем 1 раз в 2–3 мес). В течение нескольких месяцев стали прогрессивно нарастать жалобы на боль в правом коленном суставе и отек правой голени.

Локальный статус: область правого коленного сустава и правой голени отечна. По задней поверхности голени на всей протяженности пальпируется неподвижное, мягкое образование. Симптом баллотирования надколенника отрицательный. Объем движений в коленном суставе: сгибание – 80°, разгибание – 180°. Нарушения целостности передней и задней крестооб-

Рис. 1. МРТ. Сагиттальная плоскость (а), аксиальная плоскость (б), корональная плоскость (в). Режим T2 с жироподавлением. На всех плоскостях по задней поверхности верхней и средней трети голени визуализируется крупное тонкостенное кистовидное образование веретенообразной формы с четкими контурами, с однородным жидкостным содержимым.

Fig. 1. MRI. Sagittal plane (a), axial plane (b), coronal plane (c) T2-weighted images with fat suppression. On all planes along the posterior surface of the upper and middle third of the shin, a large, thin-walled, cystic formation of a spindle shape with clear contours and homogeneous liquid contents is visualized.

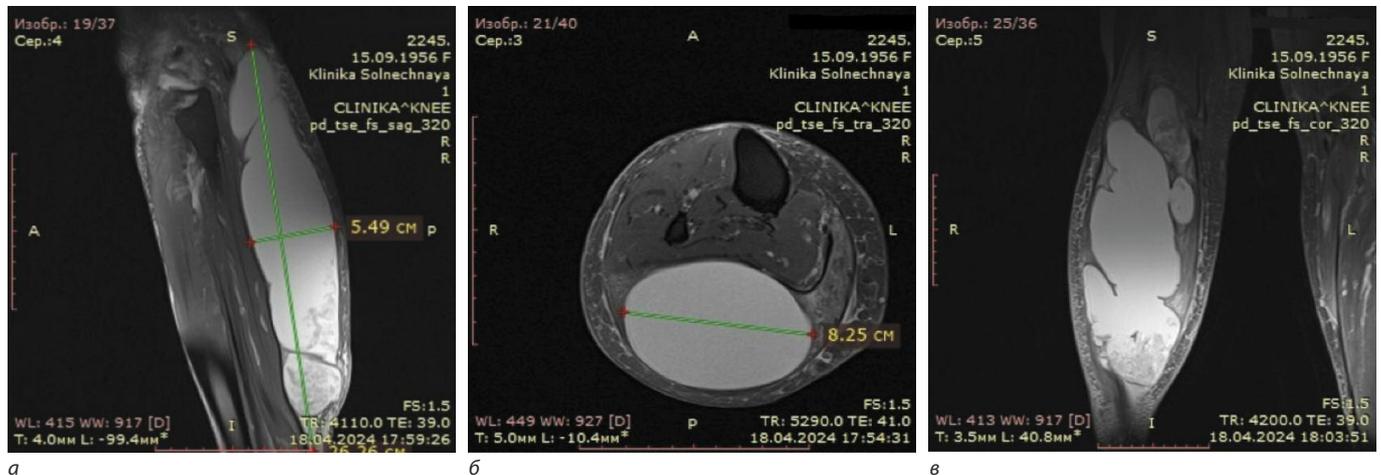
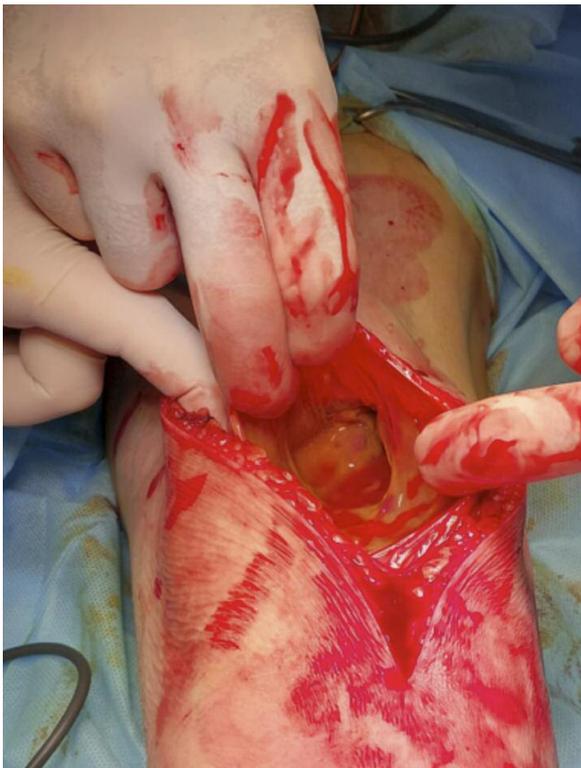


Рис. 2. Выделение кисты Бейкера.
Fig. 2. Separation of Baker's cyst.



разных связок (симптом переднего и заднего выдвигаемого ящика) не выявлено. Нарушения целостности боковых связок не выявлено. Положительный симптом Байкова, Мак-Маррея в проекции медиального и латерального менисков. Чувствительных нарушений нет.

Результаты лабораторных исследований. В общем анализе крови СОЭ – 20 мм/ч, других изменений не выявлено. Биохимический анализ крови: СРБ – 4,4 мг/л, ревматоидный фактор – 84,0 МЕ/мл.

Результаты инструментальных исследований. Выполнена МРТ правого коленного сустава – МР-картина остеоартроза правого коленного сустава 4-й степени по Kellgren-Lawrence; МР-признаки гигантской кисты Бейкера протяженностью 27 см; хондромалиция суставных поверхностей (на латеральных мыщелках 4-й степени по Outerbridge) с признаками остеохондрального повреждения эпифизов латеральных мыщелков большеберцовой, бедренной костей; синовит, супрапателлярный бурсит; МР-признаки дегенеративного разрыва латерального мениска; косо-горизонтального повреждения медиального мениска с частичной боковой его экструзией (рис. 1).

Хирургическое лечение. Принято решение об удалении образования. Учитывая размеры образования, доступ был выполнен в подколенной области по срединной линии от уровня подколенной складки до границы средней и нижней трети голени, практически до сухожильно-мышечного перехода ахиллова сухожилия. При выделении образования одновременно удалено 600 мл содержимого кисты, отмечается выраженное уплотнение стенок в верхней части и плотное сращение с окружающими тканями, что затруднило выделение (рис. 2). Образование размером 270 × 100 мм располагалось в мягких тканях кзади от икроножной мышцы с обширным синовиальным паннусом внутри, наблюдалось остеохондральное повреждение мыщелков бедренной и большеберцовой кости.

Образование удалено в полном объеме. Удаление производилось послойно, с техническими трудностями, в виду интимной спаянности с подлежащими тканями. Ворота выделены, ушиты нерассасывающимся шовным материалом. Оставшаяся послеоперационная рана ушита послойно рассасывающимся шовным материалом с оставлением активного дренажа. Дренаж был удален в первые сутки. По дренажу – 50 мл геморрагического отделяемого. Пациентка выписана с улучше-

нием – отмечает значительную положительную динамику в виде исчезновения болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Обсуждение

В зависимости от исследуемой популяции и техники визуализации от 5% до 32% случаев патологий коленного сустава сопровождаются кистами Бейкера [7]. Киста Бейкера в подавляющем большинстве случаев развивается как вторичная патология. Причинами ее возникновения являются синовиты (остеоартроз, ревматоидный артрит и др.), посттравматические состояния коленного сустава [8]. При этом ревматоидный артрит – одна из наиболее распространенных связанных патологий.

Ревматоидный артрит – это хроническое иммуновоспалительное заболевание, приводящее к увеличению выработки синовиальной жидкости в коленном суставе. При этом синовиальная жидкость оказывает сильное влияние на коленный сустав, может присутствовать хондральное повреждение и вовлечение соединительной ткани [9].

Дифференциальная диагностика проводится с сосудистыми, травматическими и гнойно-инфекционными поражениями голени: тромбозом глубоких вен, острой артериальной непроходимостью, травматическими повреждениями мышц и сухожилий голени, а также флегмоной.

Для лечения кист Бейкера применяют различные консервативные и хирургические методы в зависимости от основной причины и сопутствующей патологии. Положительный эффект дает аспирация содержимого путем пункции кисты Бейкера с введением глюкокортикостероидов [10, 11]. Также может быть рассмотрена пункционная аспирация содержимого кисты с введением метотрексата, что представляет собой альтернативную терапию для тех, кто рефрактен к лечению глюкокортикостероидами [12].

Если после пункции кисты Бейкера не получен положительный результат, т.е. происходит быстрое накоп-

ление жидкости в кисте, выполняют радикальное артроскопическое или открытое удаление кисты с прошиванием соустья, связывающего ее с полостью сустава. Иссечение кисты является одним из вариантов хирургических вмешательств.

Заключение

Киста Бейкера – распространенная патология, развивающаяся вторично по отношению к воспалительной и невоспалительной патологии коленного сустава у лиц с предрасполагающими анатомическими особенностями. В большинстве случаев киста Бейкера протекает субклинически. Симптоматику, как правило, вызывают крупные кисты, что связано в первую очередь с механическим препятствием сгибанию в коленном суставе. При объективном осмотре кисты Бейкера больших размеров визуально определяются и пальпируются как плотноэластичное образование в мягких тканях подколенной области. Для определения точной локализации, формы, размеров кисты Бейкера, а также для оценки внутрисуставной патологии пациентам следует выполнять УЗИ подколенной области и МРТ коленного сустава. Пункционные методики лечения кист имеют довольно высокую частоту рецидивов. Из хирургических методов лечения ряд преимуществ имеет артроскопическое иссечение: методика относительно проста, позволяет эффективно устранять сопутствующую внутрисуставную патологию, существенно сократить сроки реабилитации и частоту рецидивов. При кистах значительных размеров, как в представленном клиническом случае, показано открытое иссечение кисты. Дифференциальный диагноз кисты Бейкера и ее осложнений требует междисциплинарного подхода и осведомленности врачей широкого круга специальностей.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

Информация о спонсорстве. Финансирования данной работы не проводилось.

Information about sponsorship. No funding has been provided for this work.

Литература / References

- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2016; 22:388(10055):2023-2038. DOI:10.1016/S0140-6736(16)30173-8
- Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации. М., 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/250_2
- Rheumatoid arthritis. Clinical recommendations. Moscow, 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/250_2 (in Russian).
- Firestein G, Budd RC, Harris ED. Jr, McInnes IB, Ruddy S, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology. New York, NY: Saunders; 2008.
- Общая заболеваемость взрослого населения России в 2017 г. Статистические материалы, часть IV, Москва. 2018. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god>
The general morbidity of the adult population of Russia in 2017 Statistical materials, part IV, Moscow. 2018. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god> (in Russian).
- Baker WM. On the formation of synovial cysts in the leg in connection with disease of the knee-joint. 1877. *Clin Orthop Relat Res* 1994 Feb. (299):2-10.
- Martí-Bonmatí L, Mollá E, Dosdá R, Casillas C, Ferrer P. MR imaging of Baker cysts – prevalence and relation to internal derangements of the knee. *MAGMA* 2000 Jul;10(3):205-10. DOI: 10.1007/BF02590647. PMID: 10873212.
- John R. Handy, Popliteal cysts in adults: A review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2001;31(2):108-18. ISSN 0049-0172. DOI:
- Миронов С.П., Орлецкий А.К., Николаев К.А. Современные подходы к диагностике и лечению кист подколенной области. *Кремлевская медицина* 2005;2:33-6.
Mironov S.P., Orletsky A.K., Nikolaev K.A. Modern approaches to the diagnosis and treatment of popliteal cysts. *Kremlin Medicine* 2005; 2:33-6 (in Russian).
- Nogueira E, Gomes A, Preto A, Cavaco-Paulo A. Update on therapeutic approaches for rheumatoid arthritis. *Current Medicinal Chemistry* 2016;23(21):2190-2203. DOI: 10.2174/0929867323666160506125218.
- Внутрисуставное и периартикулярное введение кортикостероидных препаратов при ревматических заболеваниях: Уч. пособие. А.Г. Беленький. Российская медицинская академия последипломного образования. М., 1997;62-78.

- Intraarticular and periarticular administration of corticosteroid drugs in rheumatic diseases: Textbook. A.G. Belenky. Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Moscow, 1997;62-78 (in Russian).
- Smith MK, Lesniak B, Baraga MG, Kaplan L, Jose J. Treatment of popliteal (baker) cysts with ultrasound-guided aspiration, fenestration, and injection: long-term follow-up. *Sports Health*. 2015;7(5):409-14.
 - Hofman-González F, Hernández-Díaz C, Solano-Ávila C et al. Giant Baker's cyst treated with intralesional methotrexate. *Cirugia y Cirujanos* 2013;81(1):64-8.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Грищенко Константин Юрьевич – ортопед-травматолог, ООО «Клиника Преображенская»

Герасименко Иван Александрович – врач-кардиолог, гл. врач ООО «Клиника Преображенская», ассистент каф. поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский ГМУ». E-mail: gerasimenko_ivan@inbox.ru; ORCID: 0009-0008-5743-536X

Лоскутов Алексей Алексеевич – ортопед-травматолог, ООО «Клиника Преображенская», ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная»

Субботина Анастасия Владимировна – ассистент каф. поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики ФПК и ППС, ФГБОУ ВО «Кубанский ГМУ», ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная»

Поступила в редакцию: 03.07.2024

Поступила после рецензирования: 15.07.2024

Принята к публикации: 18.07.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Konstantin U. Grishchenko – Orthopedic traumatologist, Limited Liability Company «Clinic Preobrazhenskaya»

Ivan A. Gerasimenko – Cardiologist, Chief doctor, Limited Liability Company «Clinic Preobrazhenskaya», Assistant, Kuban State Medical University. E-mail: gerasimenko_ivan@inbox.ru; ORCID: 0009-0008-5743-536X

Aleksey A. Loskutov – Orthopedic traumatologist, Limited Liability Company «Clinic Preobrazhenskaya», Limited Liability Company DTC «Clinic Solnechnaya»

Anastasiya V. Subbotina – Assistant, Kuban State Medical University, Limited Liability Company DTC «Clinic Solnechnaya»

Received: 03.07.2024

Revised: 15.07.2024

Accepted: 18.07.2024