

ШИШКА ПОД КОЛЕНОМ

Киста Бейкера

Этот недуг – частый спутник артрозов и артритов. Кистозное образование, возникающее из-за воспаления слизистых сумок в подколенной ямке на задней поверхности коленного сустава, называется кистой Бейкера по имени английского хирурга, впервые описавшего эту патологию в XIX веке. Сами пациенты называют ее шишкой под коленом. Заболевание, не опасное для жизни, но доставляющее определенные неудобства и болезненные ощущения, – по мере роста эта самая шишка начинает давить на окружающие ткани, сдавливать сосуды и нервные окончания.

Киста – это жидкостное образование, имеющее хорошо выраженную оболочку (капсулу). Кисты бывают различных размеров, могут располагаться в любых органах и тканях и иметь в качестве содержимого те или иные биологические жидкости (пот, сало, моча, слеза, гной).

Любой сустав состоит из двух или более сочленяющихся костей, покрытых хрящевой тканью, а изнутри его полость выстлана синовиальной оболочкой. Эта оболочка представляет собой тонкую ткань, продуцирующую специальную синовиальную жидкость. В норме в суставе всегда присутствует определенное количество этой гелеобразной жидкости, которая служит и питательной средой для хрящей, и своего рода амортизатором между трущимися анатомическими структурами, то есть своеобразной смазкой, которая помогает им быть подвижными. Снаружи сустав, как правило, окружен плотной капсулой, мышцами и сухожилиями, сосудами и нервами.

Но иногда по ряду причин, до конца еще не изученных, синовиальная оболочка сустава начинает выбухать из сустава наружу, формируя узкую шейку среди плотных сухожильных и мышечных образований и широкую полость под

кожей, в толще жировой клетчатки, где податливые ткани не могут сдерживать увеличивающуюся в размерах кисту. Так образуются гигромы на предплечье, так же формируется киста Бейкера в подколенной ямке позади коленного сустава. Иногда подобные образования еще называют суставной грыжей.

Причины

Среди причин, приводящих к возникновению кисты Бейкера, выделяют артрозы и артриты (дегенеративные и воспалительные процессы в суставе) различного происхождения – подагрический, ревматоидный, инфекционный... Также киста может возникать после травматических повреждений, на фоне повышенных физических нагрузок в результате тяжелого труда (переноска тяжестей, например), у тех, кто занимается активными видами спорта, а также при избыточной массе тела. Определенную роль играют и наследственные факторы, которые определяют индивидуальные особенности органов и тканей организма. То есть причин для возникновения этой проблемы много, но все их объединяют воспалительные процессы в суставе, его естественный износ в силу возраста, а также механические травмы.

Через узкую шейку киста имеет сообщение с полостью сустава, через которую синовиальная жидкость может перетекать из сустава в кисту и обратно. Эти перемещения жидкости определяют изменчивость размеров кисты. Поэтому она может то увеличиваться, то уменьшаться. Со временем в области шейки формируется подобие клапана, за счет чего жидкость накапливается в кисте, а обратно в сустав уже не поступает. Данный процесс определяет возможный рост кисты.

Клиническая картина

Клинические проявления заболевания во многом определяются размером кисты. Мелкие кисты могут никак себя

не проявлять и обнаруживаться только случайно при тех или иных инструментальных исследованиях (ультразвук, магнитно-резонансная томография). Но по мере роста образования пациентов могут начать беспокоить боли в подколенной области, дискомфорт, ограничение движений в коленном суставе. С увеличением кисты болезненность распространяется на мышцы голени, усиливается под действием нагрузок, может отдавать в бедро или голень.

Как правило, при прощупывании кисты при полном сгибании нижней конечности в коленном суставе под кожей можно ощутить твердое образование, при сгибании в суставе киста становится мягкой. Такой эффект обусловлен сдавлением шейки кисты окружающими ее мышцами, и это наблюдение позволяет отличить кисту Бейкера от мягкотканых опухолей. Иногда с кистой можно спутать аневризму (мешковидное расширение с истончением стенки) подколенной артерии, но аневризма, как правило, пульсирует, и ее консистенция не изменяется в зависимости от положения конечности.

Осложнения

Большие кисты могут оказывать давление на расположенные рядом сосуды и нервы, что обуславливает соответствующие клинические проявления. Опухоль сдавливает коленную вену, провоцируя застой крови, поэтому на фоне имеющейся кисты могут развиваться венозные тромбозы, варикозы, тромбофлебиты, явления артериальной недостаточности, невралгические нарушения в голених и стопах.

Одним из серьезных осложнений является возможный разрыв кисты, при котором жидкость изливается в окружающие ткани, резко усиливаются боли, развивается отек голени. Также в области кисты могут возникать воспалительные явления – вплоть до развития гнойного процесса. А поскольку киста анатомически связана с полостью коленного

сустава, осложнением может явиться и гнойный артрит коленного сустава. Это крайне тяжелое состояние, нередко осложняющееся общим заражением крови (сепсисом), что требует экстренных хирургических мероприятий в сочетании с интенсивной терапией. Если кисту проигнорировать и не лечить, то сустав может и вовсе потерять подвижность, а каждая попытка движения будет сопровождаться острой болью.

Диагностика

Данное заболевание колена может длительное время не проявляться и обнаруживаться врачами случайным образом при диагностике других патологических процессов. Подозритель же наличие кисты Бейкера можно по характерным жалобам и внешнему виду подколенной ямки – при определенных размерах кисты выбухание становится заметным, и чем больше размеры кисты, тем сильнее пациент ощущает сначала дискомфорт, а затем и боль.

Одним из диагностических методов является лабораторное исследование синовиальной жидкости, позволяющее определить характер воспаления.

Окончательно диагноз подтверждается при инструментальном исследовании – ультразвуковом или магнитно-резонансной томографии. УЗИ и МРТ – наиболее детальные и информативные методы исследования кисты Бейкера.

Принципы лечения

Выбор метода терапии патологической полости Бейкера зависит от степени воспаления сочленения, количества скопившейся жидкости и локализации образования. Самый простой и безопасный способ лечения – пункция кисты с эвакуацией ее содержимого. После этого киста спадается, что приносит облегчение пациенту, исчезают болезненные симптомы. Иногда после пункции в полость кисты вводят

гормональные или антисептические препараты для уменьшения воспалительных реакций (**раствор хлоргексидина, кеналог, дипроспан**).

Но данный метод имеет большой процент рецидивов, так как стенки кисты остаются в тканях подколенной ямки, и рано или поздно киста опять наполняется жидкостью. Если процесс рецидивирования наступает не очень быстро, пункции можно многократно повторять, особенно, если пациент не хочет подвергаться хирургической операции.

К малоинвазивным вмешательствам (минимально травмирующим и повреждающим ткани организма) помимо пункции относится и лазерная облитерация (заращение или закрытие полостного (или трубчатого) органа вследствие слипания, склеивания, рубцевания его стенок изнутри). При этой методике в полость кисты вводится лазерный зонд, через который стенки кисты подвергаются лазерному облучению. Следствием этого является развитие воспалительной реакции, приводящей к спадению кисты, ликвидации полости за счет сращения ее стенок.

Наиболее радикальный способ лечения – удаление кисты, которое может выполняться как открытым способом, так и с применением эндоскопической техники (артроскопа). В последнем случае киста удаляется из небольших проколов, что способствует сокращению послеоперационного периода и более раннему восстановлению активных движений в суставе.

При стандартной же операции производят достаточно большой разрез мягких тканей, что влечет за собой последующее наложение швов и формирование рубца, а также необходимость на период заживления кожной раны обеспечения неподвижности в суставе.

О чем необходимо помнить

Выбор метода лечения самой кисты – прерогатива врача, который определяет тактику с учетом особенностей клини-

ческого течения заболевания, физического и психоэмоционального состояния пациента. Но, занимаясь кистой как отдельной патологией, необходимо воздействовать и на фоновые патологические процессы, которые спровоцировали ее появление. К примеру, если киста сформировалась вследствие повышенных физических нагрузок, то необходимо их разумно сократить. В случае, когда причиной болезни стал ревматоидный или подагрический артрит, без лечения основного заболевания не стоит рассчитывать и на хороший прогноз после удаления кисты – велик риск рецидива, поскольку сама причина заболевания не устранена. В некоторых случаях в основе роста кисты лежит повышенная продукция синовиальной жидкости после разрыва мениска коленного сустава (хрящевидное образование в полости коленного сустава, выполняющее роль амортизирующих прокладок). В подобных ситуациях помимо манипуляций с кистой необходимо выполнять хирургическое вмешательство на менисках.

Чего не надо делать

Если киста не имеет признаков воспаления и не вызывает интенсивных болевых ощущений, принимать какие-либо таблетированные лекарственные препараты, биодобавки, витамины или наносить мази и гели не стоит. Консервативные методы лечения кисты Бейкера, как правило, неэффективны, и использование подобных средств оправданно только в качестве противовоспалительной и обезболивающей терапии: тогда доктор действительно может выписать какие-то препараты (**диклофенак, нимесулид, ибупрофен, вольтарен**), чтобы облегчить состояние пациента. Но при этом необходимо четко понимать, что сама киста от приема таблеток или применения мазей никуда не денется и не «рассосется».

Да, киста может исчезнуть самостоятельно, и такие случаи известны. Связано это может быть с ситуациями, когда либо прекращают действовать факторы, способствующие

продуцированию избытка суставной жидкости (например, при ограничении физических нагрузок), либо в случае опорожнения кисты в полость сустава или в окружающие ткани (при разрыве) с последующим самопроизвольным перекрытием канала в области шейки кисты, по которому она наполнялась.

Алексей ЛЮБСКИЙ,
хирург, врач высшей категории,
кандидат медицинских наук.

КАЛЕЙДОСКОП

**КОРОНАВИРУС «ЛЮБИТ»
ОСЕНЬ И ВЕСНУ**

Вирусологи установили, что весной и осенью частицы нового коронавируса живут на различных поверхностях в среднем от 17 до 30 часов, а летом – от 2 до 5 часов. Ученые из Университета Канзаса провели эксперимент, исследуя то, как меняется жизнеспособность частиц SARS-CoV-2 в разных условиях влажности и при разных температурах.

Вирус наносился на различные типы поверхностей, включая медицинские перчатки и маски, бетон, картон, стекло, пластик и сталь. Далее объекты помещали в герметичные камеры, где поддерживались определенные температура и уровень влажности. Характеристики соответствовали сезонам (весна, лето, осень) и типичным условиям внутри отапливаемых помещений.

Время от времени забирались образцы вируса, и предпринималась попытка заразить им культуры клеток. Так, вирус, живший в летних условиях, исчезал с поверхностей достаточно быстро. В условиях, характерных для осени или весны, вирус жил в 5-6 раз дольше, чем для летних (на некоторых поверхностях жил 160 часов и более). Меньше всего вирусные частицы жили на поверхности тканей и бетона, а на пластике и картоне жили дольше всего в любых климатических условиях.