

[Перейти в содержание Вестника РНЦРР МЗ РФ N14.](#)

Текущий раздел: **Клинические наблюдения**

**Разрыв кисты Беккера экзостозом большеберцовой кости (клинический случай)**

*Котляров П.М., Нуднов Н.В.*

*ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава РФ, г.Москва.*

**Полный текст статьи в PDF:** [http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v14/papers/kotlyarov\\_v14.pdf](http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v14/papers/kotlyarov_v14.pdf)

Адрес документа для ссылки: [http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v14/papers/kotlyarov\\_v14.htm](http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v14/papers/kotlyarov_v14.htm)

Статья опубликована 30 октября 2014 года.

**Контактная информация:**

**Рабочий адрес:** 117997, Москва, ГСП-7, ул. Профсоюзная, д. 86, ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ

**Котляров Петр Михайлович** – д.м.н., профессор, заведующий научно–исследовательского отдела новых технологий и семиотики лучевой диагностики заболеваний органов и систем ФГБУ “РНЦРР” Минздрава России.

**Нуднов Николай Васильевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России;

**Контактное лицо.** Котляров Петр Михайлович, тел.+7 (495) 334-81-86, e-mail: [marnad@list.ru](mailto:marnad@list.ru).

**Резюме**

Описано клиническое наблюдение разрыва кисты беккера экзостозом большой берцовой кости, который проявился отеком голени и болевым синдромом. Представлена семиотика заболевания в ультразвуковых, магнитно–резонансных изображениях.

**Ключевые слова:** *Киста Беккера, экзостоз, ультразвуковое исследование, магнитно–резонансная томография*

**Rupture of a Backer’s cyst by tibial exostosis (case report)**

*Kotlyarov P.M., Nudnov N.V.*

*Federal State Budget Establishment Russian Scientific Center of Roentgenoradiology (RSCRR) of Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow*

Address: 117997 Moscow, Profsoyuznaya str., 86, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology.

**Contact:** Kotlyarov P.M., e-mail: marnad@list.ru

## **Summary**

The authors describe their clinical observation of Backer's cyst rupture by tibial exostosis, which was manifested by edema of the leg and pain syndrome. The semiotics of the disease in ultrasound, magnetic resonance images is presented.

*Key words:* Backer's cyst, exostosis, ultrasound, magnetic resonance.

## **Оглавление.**

### **Введение**

### **Клинический пример**

### **Заключение**

### **Список литературы**

## **Введение**

Киста Беккера (Bakker) (синонимы - бурсит подколенной ямки, грыжа подколенной ямки), впервые описанная в 1877 г., характеризуется растяжением суставной капсулы и синовиальной оболочки коленного сустава. Киста Беккера свободно или при помощи клапанного механизма соединяется с полостью коленного сустава. При ее пункции обнаруживают вязкую прозрачную жидкость. После ее прокола и удаления содержимого, как правило, она рецидивирует. В ряде случаев киста содействует образованию варикозного расширения вен голени, поддерживает процессы типа флебитов. Клинически проявляется в виде припухлости в подколенной ямке, может ограничивать движения в коленном суставе. При разрыве кисты содержимое опускается на голень, где образуется припухлость в области икроножной мышцы. При остром разрыве кисты, могут появиться краснота, местное повышение температуры, боль и припухлость. Экзостоз (экзостозная хондродисплазия) представляет собой доброкачественное костно-хрящевое либо костное образование на поверхности кости, чаще всего разрастание может иметь шаровидную или линейную форму. Экзостоз образуется из хрящевых тканей, которые постепенно окостеневают. Экзостозы в результате окостенения формируют губчатую кость, заключенную снаружи в довольно тонкую и одновременно плотную костную капсулу. Костный экзостоз может долго время оставаться незамеченным для больного и врача, поскольку его медленный безболезненный рост часто не

сопровождается симптоматикой. Экзостозы обнаруживаются, как правило, совершенно случайно: при прохождении рентгенологического обследования или при выявлении нароста или уплотнения, прощупываемого под кожей и видимого невооруженным глазом. Чаще всего экзостозы обнаруживаются на большеберцовой и малоберцовой кости (верхняя треть), в нижней части бедра, на верхнем конце плеча, на ключице и лопатке (Hajjar et al., 2003; Vasilevska et al., 2008; Chih-Kuang et al., 2012).

В доступной литературе нам не удалось найти информации о разрыве кисты Беккера экзостозом большеберцовой кости.

### **Клинический случай**

Приводим клиническое наблюдение больного Г., 42 лет. Обратился с жалобами на внезапно возникшую припухлость и болевые ощущения в икроножной мышце правой нижней конечности. При осмотре, пальпации, определялось увеличение объема мышц правой голени по сравнению с левой, болезненность, чувство дискомфорта в области правой подколенной ямки, где локализовалось болезненное образование плотной консистенции. При ультразвуковом исследовании в подколенной области справа выявлена киста Беккера, содержащая эхогенные включения, которые обычно определяются при наличии кровоизлияния в жидкое содержимое кисты. У нижнего полюса внутри кисты определялась структура костной плотности с анэхогенной дорожкой (рис.1).



Рисунок 1. Киста Беккера правой подколенной ямки. Ультразвуковое исследование. Множественные линейные эхогенные включения в жидком содержимом с наличием структуры костной плотности внутри кисты с анэхогенной дорожкой.

При УЗИ мягких тканей голени ниже кисты Беккера обращала внимание отечность мышц правой голени, межфасциальных пространств. Для уточнения природы включения высокой эхогенности, оценки макроструктуры кисты, окружающей костной и мышечной ткани выполнена магнитно-резонансная томография правой голени с захватом области коленного сустава на аппарате «Атлас» 1,5Т (Тошиба) в T1, T2ВИ, T2 с подавлением сигнала от жировой ткани. На серии МРТ в T2, T1ВИ на аксиальных, сагиттальных срезах в области подколенной ямки определялась киста Беккера размером 73 x 45мм, внутри которой прослеживался экзостоз, исходящий из задней поверхности большеберцовой кости (рис.2).

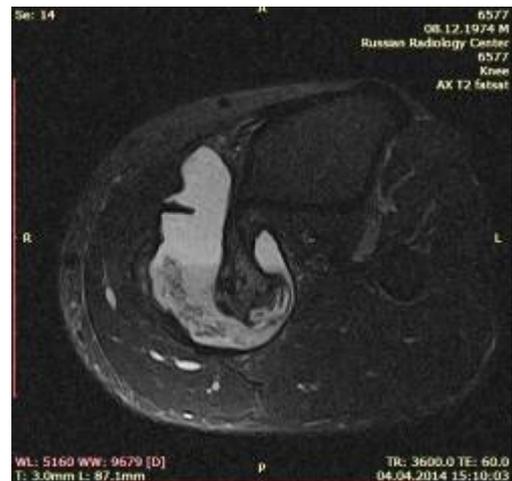


Рисунок 2. Киста Беккера правой подколенной ямки. МРТ, сагиттальный срез, T1ВИ – отчетливо определяется экзостоз большой берцовой кости, идущий в кранио–каудальном направлении, перфорировавший кисту Беккера, наличие жидкости в межмышечном пространстве.

Экзостоз представлял постепенно суживающийся в дистальном направлении костный «шип» длиной 32 мм, на верхушке которого образовался костно–хрящевой «нарост» в виде «цветной капусты». Остеофит (экзостоз) недалеко от основания нарушал целостность капсулы кисты и внедрялся в ее полость, где и располагалась основная масса экзостоза (рис. 3 а, б).



А



Б

Рисунок 3. Киста Беккера правой подколенной ямки. МРТ, аксиальные срезы

А) T2ВИ - экзостоз внутри кисты, наличие взвешенных включений, геморрагии, отчетливо прослеживается расслоение жидкого содержимого на два уровня;

Б) то же в T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани.

В месте перфорации капсулы западала внутрь кисты. По периферии капсулы, ее нижнего полюса в каудальном направлении определялось гиперинтенсивное в T2ВИ жидкое содержимое в межмышечных пространствах икроножной мышцы (рис.4).

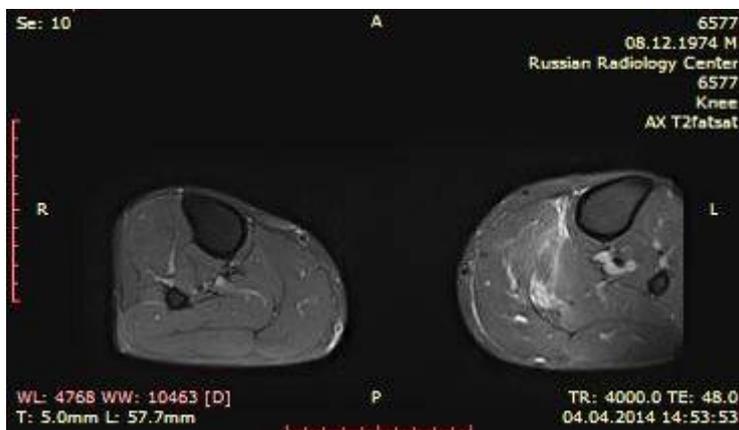


Рисунок 4. Киста Беккера правой подколенной ямки. МРТ, аксиальные срезы, T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани. В средней трети голени, в межмышечных пространствах средней трети правой голени, по сравнению с левой голенью – наличие излившейся из кисты Беккера после перфорации экзостозом жидкости.

Внутри кисты находилось гипоинтенсивные включения в виде «кружев», нижний слой жидкости отличался от верхнего гипоинтенсивностью, что, вероятно, отображало элементы капсулы, форменные элементы крови как следствие перфорации. Несмотря на перфорацию, полного (или существенного) опорожнения кисты не произошло,

дальнейшее излияние содержимого, вероятно, сдерживалось за счет остеофита, который начал играть роль «пробки» после глубокого проникновения в образование.

### **Заключение**

Таким образом, следует предполагать, что по мере формирования и увеличения объема кисты Беккера произошел ее контакт с экзостозом большеберцовой кости с последующим острым разрывом кисты, частичным излиянием жидкости в окружающие ткани. Частичное излияние по всей вероятности обусловлено тем, что экзостоз глубоко внедрившись в кисту, сыграл роль «пробки» перекрыв зону перфорации. Наличие экзогенного содержимого по данным УЗИ, гипоинтенсивных структур и расслоение жидкого содержимого при МРТ отображали наличие элементов крови и разрушенных оболочек капсулы. Данное наблюдение демонстрирует возможности методов лучевой диагностики в уточнении данных клинического обследования. Использование этих методов позволило выявить сочетание экзостоза и кисты в подколенной ямке, что привело, в итоге, к редкому случаю острого разрыва кисты Беккера остеофитом.

### **Список литературы:**

1. *Chih-Kuang Ch., Henry L., Roanna I.H.* Ultrasound-Guided Diagnosis and Aspiration of Baker's Cyst. // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2012. V.91. N.11. P. 1002–1004.
2. *Hajjar W.M., El-Medany Y.M., Essa M.A., et al.* Unusual Presentation of Rib Exostosis. // Ann Thorac Surg. 2003. V.75. P. 575-577.
3. *Vasilevska V., Szeimies U., Staebler A.* MRI diagnosis of Baker cyst and significance of associated medial compartment knee osteoarthritis. // Radiol Oncol. 2008. V. 42 N. 2. P. 51-58.

ISSN 1999-7264

© Вестник РНЦРР Минздрава России

© Российский научный центр рентгенодиагностики Минздрава России