

Хотя эта разница может быть объяснена значительно большей долей больных циррозов у пациентов с НАСГ.

**Медикаментозная терапия.** Используя лекарственные препараты, можно сократить или даже обратить вспять патологические процессы в печени, что является разумной альтернативой быстрому похудению, при котором прогноз по НАСГ может ухудшаться. Фармакологическая терапия может быть особенно благоприятна для пациентов, которым сложно похудеть и поддерживать низкий вес, что часто наблюдается у пациентов с ожирением, а также для пациентов, у которых отсутствуют факторы риска, такие как ожирение и сахарный диабет. Относительно недавно были оценены на пациентах с НАЖБП фармакологические препараты, направленные непосредственно на заболевания печени. Обнадешивающие результаты получены при экспериментальных исследованиях гемфиброзила, урсодезоксихолевой кислоты, бетаина, N-ацетилцистеина, витамина E ( альфатокоферола) и инсулин-сенситизирующих препаратов (тиазолидиндионы, метформин). Однако, эти лекарственные препараты должны оцениваться в тщательно контролируемых испытаниях с включением в них клинически значимых конечных точек и должны обладать высокой достоверностью. У пациентов с терминальной стадией НАЖБП, трансплантация печени является продлевающей жизнь терапевтической альтернативой, но НАЖБП может рецидивировать в ранние сроки после трансплантации печени с быстрым прогрессированием стеатоза в стеатогепатит.

**Заключение.** Неалкогольная жировая болезнь печени становится все более серьезным хроническим заболеванием печени. В последние годы повышенное внимание к этой области привело к более глубокому пониманию и осознанию НАЖБП. В дальнейшем требуется более четко определить природу, выявить патогенез и разработать эффективные методы лечения для этого часто прогрессирующего заболевания.

#### Литература:

1. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени : метод. рек. для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. – М., 2015. – 29 с.
2. Пальгова, Л. К. Генетические факторы патогенеза неалкогольной жировой болезни: фундаментальные и прикладные аспекты. Есть ли пути решения? / Л. К. Пальгова // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2014. – № 1. – С. 18–23.
3. Pacana, T. Vitamin E and nonalcoholic fatty liver disease / T. Pacana, A. J. Sanyal // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2012 Nov. – Vol. 15, N 6. – P. 641–648.
4. Ratziu, V. Treatment of NASH with ursodeoxycholic acid: pro / V. Ratziu // Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. – 2012 Sep. – Vol. 36, suppl. 1. – P. 41–45.
5. The role of ursodeoxycholic acid in non-alcoholic steatohepatitis: a systematic review / Z. Xiang [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2013 Sep. – Vol. 13. – P. 140.

## МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТЫ БЕЙКЕРА

ЕЛИСЕЕВ А.С.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, г.Рязань, Российская Федерация

Впервые опухолевидное образование подколенной ямки было описано Dupretren в 1828 году, в 1877 году английский врач Бейкер провел исследование и дал наиболее точное описание данной патологии [1, 2]. Впоследствии для любого объемного образования подколенной ямки, возникающего из медиальной сумки, сообщающейся с полостью коленного сустава и расположенной между икроножной и полуперепончатой мышцами, и выходящего в слабом месте, между дугообразной и кривой подколенными связками, применяют термин «синовиальная киста подколенной области (Бейкера)» [3].

Более 120 лет ведутся споры об этиопатогенезе кисты. Единственный тезис, с которым согласен большинство исследователей, – киста Бейкера является синовиальной кистой и может

проявляться как частым осложнением внутрисуставных повреждений коленного сустава, так и возникать без травматического воздействия. Сложности поиска этиологического фактора обусловлены непосредственно анатомией коленного сустава, индивидуальным и вариантным по количеству и числу синовиальных сумок, карманов, заворотов, что имеет, по мнению многих авторов, большое значение ввиду того, что данные образования могут служить источником образования кисты [2, 4-9]. В классической анатомической литературе отмечается, что почти под всеми местами прикрепления мышц коленного сустава, имеются синовиальные сумки [10]. Островерхов Г.Е. (1964 г.) описывает 4 суставных заворота, находящихся в заднем отделе подколенной области, которые увеличивают полость сустава и сообщаются с синовиальными сумками, являясь местом накопления жидкости, в том числе, появляющейся при патологических процессах, протекающих внутри сустава [11]. По данным В.В. Кованова, А.А. Травина (1983 г.), размеры и число сумок, имеющих сообщение с полостью коленного сустава, индивидуально переменны [12]. Но по описаниям тех же авторов наиболее постоянными являются сумка подколенной мышцы, сумка полуперепончатой мышцы, медиальная сумка икроножной мышцы. Слабое место подколенной ямки находится непосредственно рядом с медиальной сумкой икроножной мышцы, но достоверно утверждать, что всегда именно она и является кистой Бейкера, нельзя. Так, I. S. Smillie (1970 год) утверждает, приводя аргументированные доказательства: локализация по заднемедиальной поверхности bursa *m. semimembranosi* при хирургическом вмешательстве в стенке кисты определяется часть влагалища икроножной и полуперепончатой мышцы, если имеется сообщение с полостью сустава, то оно расположено в области соустья сумки полуперепончатой мышцы под медиальной головкой икроножной мышцы; что «киста Бейкера есть ничто иное, как bursa *m. semimembranosi*» [13].

В свете вышеизложенного следует отметить, что имеется достаточное количество работ, посвященных вопросам этиопатогенеза кисты, но исследований, описывающих и стандартизирующих морфометрические особенности кисты, которые позволили бы статистически достоверно описать ее параметры у пациентов разного пола и возраста, недостаточно.

Цель работы – определение морфометрических особенностей кисты Бейкера у пациентов разного возраста, с сопутствующей патологией коленного сустава и без неё.

**Материал и методы.** Использованы архивные данные кафедры сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии ФБОУ ВО РязГМУ Минздрава России о 66 пациентах, среди которых 33 мужчины и 33 женщины, в возрасте от 10 до 76 лет. Обследование проводилось на МР-томографе ГБУ РО «ОКБ» и ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой». Оценивали размер, форму, направление кист и их взаимоотношения с окружающими тканями. Ввод, обработка и накопление материалов осуществлялось программой МР-томографа. Статистическая обработка проводилась пакетом Microsoft Excel 7. Оценивали центральные тенденции и рассеивания количественных признаков, описывали средним значением  $M$  и стандартной ошибкой среднего значения  $m$ .

**Результаты и обсуждение.** Корреляционный анализ методом Спирмена показал наличие связей разной тесноты между полом, возрастом и линейными показателями кисты. Так была обнаружена корреляционная связь слабой тесноты между возрастом пациентов и шириной кисты (0,33,  $p < 0,01$ ). Более никакие параметры достоверной корреляции с возрастом не имели. Вместе с тем было выявлено, что длина, ширина и высота имеют между собой связь средней тесноты, в среднем 0,63 ( $p < 0,01$ ).

Было выявлено, что средний возраст пациентов с данной патологией достоверно отличался у мужчин и женщин ( $t$  знач. 3,708,  $p < 0,01$ ). Среди мужчин средний возраст составил  $33,16 \pm 3,16$  лет, среди женщин –  $46,37 \pm 2,79$  лет. Была выявлена частота встречаемости кисты (%) у пациентов обоих полов в разных возрастных группах, и у мужчин и женщин отдельно в разных возрастных группах (рис. 1, 2). Не было обнаружено достоверных отличий линейных размеров кисты относительно возраста (табл. 1). Также параметры кисты по полу достоверных отличий не имели, за исключением ширины (табл. 2). Вместе с тем, было выявлено, что у обследуемых в возрасте от 10 до 16 лет (7,5%) повреждение коленного сустава отсутствовало, у остальных – в возрасте от 19 до 76 лет (92,5%) в анамнезе имелась травма коленного сустава или дегенеративно-дистрофические

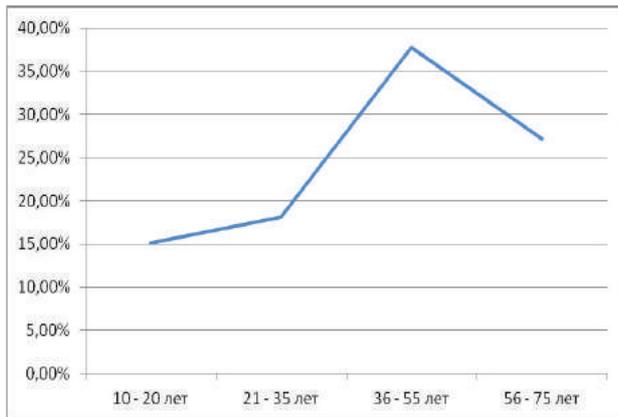


Рисунок 1 – Частота встречаемости кисты (%) у пациентов обоих полов в разных возрастных группах.

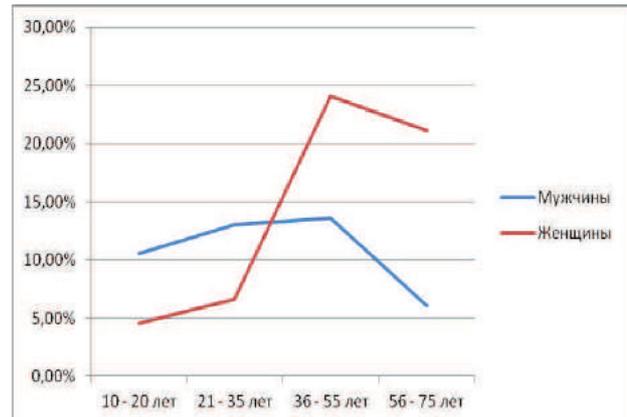


Рисунок 2 – Частота встречаемости кисты (%) у мужчин и женщин в разных возрастных группах.

Таблица 1 – Линейные размеры кисты в разных возрастных группах (n=66)

Параметр	M±m (min; max)				p уровень
	Юношеский (16-20 лет) n=7 (%)	Первый зрелый (21-35 лет) n=9 (%)	Второй зрелый (36-55 лет) n=25 (%)	Пожилой (56-75 лет) n=25 (%)	
Длина	9±2,5	11,3±2,3	11,6±1,9	13,9±2,8	p≥0,05
Ширина	14,2±4,9	8,5±0,8	16,4±2,6	16,8±2,1	p≥0,05
Высота	35,1±12,5	33,5±4,14	39,1±4,3	39,3±3,8	p≥0,05
Плато большеберцовой кости	72,5±1,5	76,6±1,2	74,2±1,4	73,9±1,4	p≥0,05

Примечание: выделены достоверные отличия при p<0,05.

Таблица 2 – Основные линейные размеры кисты у мужчин и женщин (n=66)

Параметр	M±m		t коэфф.	p уровень
	Мужчины n=33	Женщины n=33		
Длина	10,8±1,8	12,1±1,4	-0,6	p≥0,05
Ширина	13,6±1,8	17,0±1,9	-0,9	p≥0,05
Высота	35,8±4,2	41,7±3,2	4,5	p<0,01
Плато большеберцовой кости	80,1±0,9	70,3±0,4	10,3	p<0,01

Примечание: выделены достоверные отличия при p<0,01.

изменения. В 8 случаях (12,1%) имело место наличие многокамерной кисты.

Данные результаты позволяют считать, что морфометрические особенности кисты вне зависимости от возраста и пола пациента носят индивидуальный характер, то есть в пределах одной и той же возрастной группы объем кисты может варьировать. Полученная информация имеет практическое значение в случаях диагностики осложнений заболевания (при сдавлении кистой большеберцового нерва) у пациентов одного возраста и пола, отвечая на вопрос, почему в случаях наличия достаточного объема грыжевого выпячивания носительство остается бессимптомным [5, 14, 15]. Выявление корреляционной зависимости между высотой, шириной и длиной кисты Бейкера свидетельствует о ее равномерном направлении и давлении на окружающие ткани при

выходе из устья. Появление образования у мужчин раньше, чем у женщин, возможно, связано не с мофрологическими особенностями, а с функциональными нагрузками на сустав у представителей разных полов.

Отличия в соотношении между сопутствующей патологией и ее отсутствием позволяют судить, что чаще всего кисты возникают при заболевании или травме коленного сустава, и, что подтверждает мнение W. Rauschnig et al. [11] о выделении симптоматической и идеопатической форм кист. Следует отметить, что случаи выявления кисты без сопутствующей травмы или заболевания коленного сустава приходится на детей, в нашем исследовании от 10 до 18 лет, что может подтверждать теорию о появлении кисты Бейкера при диспропорции роста у детей [16]. Анализ случаев больных, у которых была выявлена многокамерная форма кисты, позволяет предполагать, что у этих пациентов киста возникла вследствие слабости участков фиброзной капсулы, о чем впервые сказал Е. К. Cravener [17].

**Заключение.** Исследование показало, что киста Бейкера имеет связь с полом пациента: у мужчин обнаруживается раньше, чем у женщин, в среднем на 13 лет, что может быть связано с функциональными особенностями. При этом имеется корреляционная связь слабой тесноты между возрастом пациента и шириной кисты и связь сильной тесноты между ее линейными параметрами (высотой, длиной, шириной), что говорит о равномерной пространственной форме кисты и давления на ткани. Данные о сопутствующей патологии или ее отсутствии подтверждают мнения некоторых авторов относительно этиологии появления кисты Бейкера и попытки классифицирования последней. В проведенном исследовании киста имела устье в медиальной стороне коленного сустава.

#### Литература:

1. Кариев, М. Х. «Грыжа» подколенной ямки (киста Бейкера) / М. Х. Кариев, Е. В. Лузина, А. С. Файн // Вестн. хирургии. – 1980. – № 2. – С. 105–106.
2. Baker, W. M. On the formation of synovial cyst in the leg in connection with disease of the knee-joint. 1877 / W. M. Baker // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1994 Feb. – Vol. 299. – P. 2–10.
3. Камшилов, Б. В. Виды синовиальных кист подколенной области / Б. В. Камшилов // Новые горизонты : IV Заурал. фестиваль науч.-исслед., техн. и приклад. творчества молодежи : тез. докл. обл. науч.-практ. конф. – Курган, 2002. – Ч. 2. – С. 95–96.
4. Белов, И. Н. Гигрома / И. Н. Белов // Большая медицинская энциклопедия. – М., 1977. – Т. 5. – С. 361–362.
5. Васильева, О. И. Синовиальная киста подколенной области / О. И. Васильева // Ортопедия, травматология. – 1984. – № 7. – С. 28–31.
6. Винтергальтер, С. Ф. Рентгендиагностика опухолей мягких тканей / С. Ф. Винтергальтер, А. Г. Веснин, Б. А. Мурзин. – М. : Медицина, 1979. – 129 с.
7. Куш, Н. Л. Диагностика и лечение гигром у детей / Н. Л. Куш, В. К. Литовка, В. П. Худяков // Вестн. хирургии. – 1989. – № 11. – С. 81–82.
8. Дифференциальная диагностика и лечение кист подколенной области / В. Д. Макушин [и др.] // Журн. клин. и эксперим. ортопедии им. Г. А. Илизарова. – 1998. – № 2. – С. 29–33.
9. Rauschnig, W. Histomorphology of idiopathic and symptomatic popliteal cysts / W. Rauschnig, B. A. Frederiksson, E. Wilander // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1982 Apr. – Vol. 164. – P. 306–311.
10. Анатомия человека : учебник / под ред. М. Г. Привес. – 6-е изд. – М. : Медицина, 1968. – 815 с.
11. Островерхов, Г. Е. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии: для мед. ин-тов и врачей / Г. Е. Островерхов, Д. Н. Лубоцкий, Ю. М. Бомаш. – М., 1964. – 744 с.
12. Кованов, В. В. Хирургическая анатомия конечностей / В. В. Кованов, А. А. Травин. – М. : Медицина, 1983. – 496 с.
13. Smillie, I. S. Injuries of the knee joint / I. S. Smillie. – New York : Churchill Livingstone, 1979.
14. Филатова, Н. Б. Киста Бейкера у детей (клиника, диагностика, лечение) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09, 14.00.22 / Н. Б. Филатова. – М., 1998. – 135 с.
15. McDonald, D. G. Ultrasonund B-scanning in the differentiation of Baker's cyst and thrombophlebitis / D. G. McDonald, G. R. Leopold // Brit. J. Radiol. – 1972 Oct. – Vol. 45, N 538. – P. 729–732.
16. Ультразвуковая диагностика кист подколенной области при гонартрозе / И. М. Данилова [и др.] // Новые технологии в медицине : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Саратов, 2001. – С. 93–94.
17. Burger, C. Baker's cyst / C. Burger // Chirurg. – 1999 May. – Vol. 70, N 5. – P. 611–612.