

Синовиальная киста: случай из практики

М.А. Уфимцева[✉], С.А. Чернядьев, Ю.М. Бочкарев, К.И. Николаева, А.А. Ушаков, Н.Ю. Коробова, С.А. Акулова

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

[✉]mail-m@mail.ru

Аннотация

В статье представлены клиническое наблюдение случая синовиальной кисты и обзор литературы. Клинически киста представлена эластическим, упругим образованием, локализующимся у корня ногтя, над дистальным межфаланговым суставом. Элемент гладкий, одиночный, кистоподобный, куполообразной формы. Клиническое наблюдение представляет интерес для врачей-дерматовенерологов и врачей других смежных специальностей как случай редко встречающейся патологии.

Ключевые слова: киста синовиальная, околоуставная киста, мукоидная киста, хирургическое иссечение, остеоартроз дистального межфалангового сустава, аллергический контактный дерматит, клинический случай.

Для цитирования: Уфимцева М.А., Чернядьев С.А., Бочкарев Ю.М. и др. Синовиальная киста: случай из практики. Consilium Medicum. 2020; 22 (6): 35–37. DOI: 10.26442/20751753.2020.6.200141

Clinical Case

Synovial cyst: case from practice

Marina A. Ufimtseva[✉], Sergey A. Chernyadiev, Yuriy M. Bochkarev, Kristina I. Nikolaeva, Alexey A. Ushakov, Natalya Yu. Korobova, Svetlana A. Akulova

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

[✉]mail-m@mail.ru

Abstract

The article presents a clinical observation of the case of the synovial cyst and a literature review. Clinically, the cyst is characterized as an elastic, resilient formation localized at the root of the nail, above the distal interphalangeal joint. Element is smooth, single, cyst like, domed. Clinical observation is of interest to dermatovenereologists and other related physicians, as a rare case of pathology.

Key words: synovial cyst, periarthral cyst, mucoid cyst, surgical excision, osteoarthritis of the distal interphalangeal joint, allergic contact dermatitis, clinical case.

For citation: Ufimtseva M.A., Chernyadiev S.A., Bochkarev Ju.M. et al. Synovial cyst: case from practice. Consilium Medicum. 2020; 22 (6): 35–37. DOI: 10.26442/20751753.2020.6.200141

Киста синовиальная (синонимы: околоуставная киста, киста кожи миксоматозная дегенеративная, мукоидная киста пальца, дорсальная киста, ганглий) – ложная киста, возникающая на разгибательной поверхности пальцев кистей и стоп [1].

Впервые была описана Д. Хайдом в 1883 г. под названием «синовиальное поражение кожи». Автором были предложены также другие названия заболевания, такие как миксоидная киста, муцинозная киста, мукоидная киста [2].

До сих пор в литературе было представлено всего несколько сообщений о данной патологии. Большинство из них были описаны хирургами [3]. Согласно данным авторов, чаще болеют женщины в возрасте от 40 до 70 лет [2]. Этиология и патогенез точно неизвестны. Однако были предложены два возможных варианта развития процесса. Согласно первому варианту, образование кист вызвано грыжами сухожильных оболочек, возникающих в результате дегенеративных поражений суставов у пожилых людей, а также результатом формирования остеофитов. Другой вариант объясняет возникновение заболевания повышенным производством муцина фибробластами. Взаимосвязь между возникновением кист и патологией суставов оставалась спорной, однако результаты хирургических вмешательств доказывают обратное [3].

Согласно данным И.А. Ламоткина (2017 г.) клинически киста характеризуется как эластическое, упругое образование, локализующееся у корня ногтя, над дистальным межфаланговым суставом. Элемент гладкий, одиночный, полупрозрачный, диаметром от 3 до 12 мм, куполообразной формы. При пальпации возникает ощущение флюктуации. При гистологическом исследовании в дерме определяется кистозная полость. Стенка полости образована плоской фиброзной тканью без эндотелиальных или эпителиальных элементов. Киста заполнена слизистым содержимым [1].

Синовиальная киста может локализоваться на пальцах как кистей, так и стоп. G. Salerni и соавт. (2012 г.) описывают

37-летнюю пациентку с жалобами на одиночный элемент пальца стопы. Куполообразная, флюктуирующая киста до 6 мм в диаметре локализовалась по средней линии тыльной поверхности второго пальца стопы. Образование было идентифицировано как мукоидная киста. Авторы указывают, что данное образование является доброкачественным, с характерной локализацией в области дистального межфалангового сочленения у проксимальной части ногтевого ложа; также, согласно данным авторов, синовиальные кисты могут быть ассоциированы с остеоартритом и зачастую не требуют вмешательства [4].

I. Kivanc-Altunay и соавт. (2004 г.) описали 74-летнюю женщину с множественными кистами пальцев ног. Авторы отмечают, что хроническое давление являлось триггерным фактором их развития [5]. M. Connolly и соавт. (2006 г.) сообщают о возникновении синовиальной кисты, связанной с профессиональной деятельностью, обусловленной постопанной травматизацией. Авторы описывают 50-летнюю женщину с 8 синовиальными кистами на обеих кистях. Кисты развивались в течение 12 мес после того, как пациентка начала работать на швейном производстве. Давление, по мнению авторов, оказываемое на пальцы, повредило синовиальную капсулу, что привело к разрыву и потере синовиальной жидкости, что могло вызвать образование данных кист [6].

Описана эффективность нескольких методов лечения синовиальных кист. К ним относятся аспирация кистозного содержимого, криодеструкция, терапия CO₂-лазером, хирургическое удаление [3].

D. De Berker и соавт. (2001 г.) приводят клинические случаи формирования сообщения между синовиальной кистой и дистальным межфаланговым суставом более чем у 80% наблюдаемых пациентов. Ученые предполагают, что рост кисты обусловлен поступлением синовиальной жидкости из полости сустава в кисту и считают наиболее эффективным методом лечения хирургическое вмешательство, при

Рис. 1. На тыльной поверхности III пальца правой кисти одиночное кистоподобное образование диаметром 10 мм куполообразной формы, рубцовая деформация на месте прежней локализации пузырья.



Рис. 2. Кожа в области средней и дистальной фаланги III пальца правой кисти бордового цвета с синюшно-коричневым оттенком.



котором нарушается данное сообщение при помощи лигатурного шва или электродесикации, без удаления ткани [7]. Кроме того, авторы сообщают, что удаление остеофитов не является эффективным лечением, в отличие от данных, представленных R. Brown и соавт. (1991 г.) [8]. Авторы также отмечают, что синовиальные кисты на пальцах стоп склонны к более частым рецидивам, в отличие от кист, локализованных на пальцах кистей [7].

C. Huerter и соавт. (1987 г.) сообщают об эффективном лечении синовиальной кисты диоксидом углерода (CO₂), при котором отсутствовали рецидивы кист за период наблюдения за пациентами, в течение 3,5 года [9].

Для лечения кист более 8 мм может быть использован метод интрастициальной лазерной облитерации. Данная методика разработана на кафедре хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России и проводится в два этапа. Под местной анестезией раствором лидокаина 0,2% иглой 18G осуществляется пункция кисты под ультразвуковым контролем, через нее проводят лазерный световод и размещают его в зоне соустья. На втором этапе, после аспирации содержимого кисты, тумесцентной анестезии раствором Клияна выполняют лазерную облитерацию кисты по заранее рассчитанным энергетическим параметрам. По окончании вмешательства подвижность сустава ограничивают лангетой или эластическим бинтом [10].

Одна из важных проблем, возникающая после лечения, – это разной степени деформации ногтевых пластин, поскольку синовиальная киста пальца часто расположена вблизи ногтевого ложа. Даже при использовании CO₂-лазерной терапии, криодеструкции, лазерной облитерации необходимо проявлять осторожность, чтобы избежать данного осложнения [11].

Клинический случай

Пациентка И., 81 год, обратилась в областной кожно-венерологический диспансер в апреле 2018 г. с жалобами на образование в виде плотного пузыря III пальца правой кисти. Образование сопровождалось периодическим зудом умеренной интенсивности, мокнутием, жжением.

Anamnesis morbi: считает себя больной с декабря 2017 г., когда впервые отметила появление элемента в виде плотного пузыря на тыльной поверхности III пальца правой кисти, процесс ни с чем не связывала. Обработывала анилиновыми красителями, наблюдался самостоятельный регресс элемента. В марте 2018 г. обратилась к дерматовенерологу по месту жительства в связи с повторным появлением элемента. Дерматовенерологом выставлен диагноз: аллергический контактный дерматит. Назначена терапия: цетиризин 10 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней, наружно – фукорцин 2 раза в сутки в течение 10 дней; крем бетаметазона дипропионат с гентамицином 2 раза в сутки в течение 10 дней, без эффекта. Самостоятельно использовала горячие ванночки с гипертоническим раствором, с ухудшением процесса на фоне нагрузки на область пораженного пальца (вязание, работа в саду).

Anamnesis vitae: наследственность не отягощена, алергоанамнез спокойный. Проживает в сельской местности. Пенсионерка. Работала в общеобразовательных учреждениях, в научно-исследовательском институте учителем, воспитателем, инженером. Сопутствующая патология – двусторонний гонартроз 1-й степени.

Status localis: на тыльной поверхности III пальца правой кисти одиночное кистоподобное образование диаметром 10 мм куполообразной формы. Образование эластическое, упругое, поверхность желто-коричневого цвета, при пальпации ощущение флюктуации. При вскрытии: трудноотделяемое густое прозрачное содержимое (рис. 1). Диагноз – синовиальная киста (?).

Исследование содержимого пузыря: эозинофилия пузыря – 1%, клетки Тцанка не обнаружены.

Бактериологическое исследование содержимого: умеренный рост *Staphylococcus* spp., *Corinebacterium* spp. Резистентность к препаратам группы макролидов и линкозамидов (IMBSL-устойчивость).

Рекомендовано: ограничить травматизацию, исключить использование горячих ванночек, обрабатывать водным раствором хлоргексидина биглюконата 0,05% 2 раза в сутки, с последующим нанесением топических глюкокортикостероидных препаратов: крем метилпреднизолона ацепонат 1 раз в сутки в течение 14 дней. Направлена на консультацию хирурга для определения дальнейшей тактики.

Заключение рентгенографии III пальца правой кисти: артроз 2-й степени дистального межфалангового сустава.

Заключение хирурга: киста III пальца правой кисти. Артроз дистального межфалангового сустава III пальца правой кисти.

Заключение гистологического исследования биоптата: внутридермальная кистозная полость, без эпителиальных клеток, со слизистым содержимым. Морфологическая картина синовиальной кисты III пальца правой кисти.

Рекомендовано: ограничить нагрузку, амоксициллин + клавулоновая кислота 875 + 125 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней; нимесулид 100 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней.

В течение 1 мес пациентка повторно обратилась к дерматовенерологу Свердловского областного кожно-венерологического диспансера с жалобами на чувство дискомфорта, онемение в месте локализации кисты.

Status localis: кожа на тыльной поверхности III пальца кисти темно-бордового цвета с синюшно-коричневым оттенком, четкое визуальное разграничение от здоровых тканей, отмечается контрактура пальца (рис. 2).

Рекомендовано: ограничить травматизацию, нагрузку, местно мазь метилурацила с хлорамфениколом, чередуя с мазью на основе депротеинизированного гемодеривата крови телят 2 раза в сутки. Пациентка направлена на консультацию ревматолога, травматолога-ортопеда.

Заключение ревматолога: первичный генерализованный остеоартроз. Первичный деформирующий остеоартроз, узелковая форма, с поражением коленных суставов, стоп,

Рис. 3. Рубцовая деформация тыльной поверхности III пальца правой кисти в области локализации кисты (от 04.06.2018), поствоспалительная пигментация.



функциональная недостаточность суставов 1–2. Дерматит III пальца правой кисти. Киста III пальца правой кисти. Контрактура III пальца правой кисти.

Рекомендовано: нимесулид 100 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней; пентоксифиллин 100 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 30 дней. Курсами 2 раза в год: хондроитина сульфат 100 мг по 1 мл 1 раз в сутки внутримышечно в течение 25–30 дней или хондроитина сульфат + глюкозамин 500+500 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 21 дня, далее по 1 таблетке 1 раз в сутки, курс до 3 мес.

Заключение электронной миографии верхних конечностей по назначению травматолога-ортопеда: признаки туннельного синдрома запястного канала правой кисти 2-й степени. Рекомендовано ограничить нагрузку на область пораженного пальца кисти, ортез на область лучезапястного сустава, продолжить лечение, назначенное дерматовенерологом, ревматологом, контроль через 3 мес.

При повторной консультации в июне 2018 г. пациентка жалуется не предъявляет. Лечение переносит удовлетворительно.

Status localis: сохраняются рубец в области локализации кисты (от 04.06.2018), поствоспалительная пигментация. Контрактура пальца (рис. 3).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Уфимцева Марина Анатольевна – д-р мед. наук, доц., зав. каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: mail-m@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4335-9334

Чернядьев Сергей Александрович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: chsa-surg@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4207-1862

Бочкарев Юрий Михайлович – канд. мед. наук, доц., доц. каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: bochkarev.ju.m@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6298-7216

Николаева Кристина Игоревна – канд. мед. наук, ассистент каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: kris-nikol@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5879-2018

Ушаков Алексей Александрович – канд. мед. наук, доц. каф. хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: alexeyushakov82@mail.ru; ORCID: 0000-0003-0282-7602

Коробова Наталья Юрьевна – канд. мед. наук, доц. каф. хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: chsa-surg@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6397-0894

Акулова Светлана Александровна – ординатор каф. дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО УГМУ. E-mail: akulovasvetlana11@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7731-1451

Рекомендовано ограничить травматизацию, нагрузку, продолжить наблюдение у ревматолога, травматолога-ортопеда по месту жительства, рекомендации по уходу даны.

Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет интерес для врачей-хирургов, дерматовенерологов и врачей других смежных специальностей как случай редко встречающейся патологии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Ламоткин И.А. Онкодерматология: атлас. Учебное пособие. М.: Лаборатория знаний, 2017. [Lamotkin I.A. Oncodermatology: atlas. A textbook. M.: Laboratory of knowledge, 2017 (in Russian).]
2. Jae Hur, Yong Seok Kim, KwangYeoll Yeo et al. A Case of Herpetiform Appearance of Digital Mucous Cysts. *Ann Dermatol* 2010; 22 (2): 194–5. DOI: 10.5021/ad.2010.22.2.194
3. Eun Jung Kim, Joon Won Huh, Hyang-Joon Park. Digital Mucous Cyst: A Clinical-Surgical Study. *Ann Dermatol* 2017; 29 (1): 69–73. DOI: 10.5021/ad.2017.29.1.69
4. Salemi G, Alonso C. Digital Mucous Cyst. *N Engl J Med* 2012; 366: 1335. DOI: 10.1056/NEJMicm1111833
5. Kivanc-Altunay I, Kumbasar E, Gokdemir G et al. Unusual localization of multiple myxoid (mucous) cysts of toes. *Dermatol Online J* 2004; 10: 23.
6. Connolly M, De Berker DA. Multiple myxoid cysts secondary to occupation. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31 (3): 404–6. DOI: 10.1111/j.1365-2230.2005.02047.x
7. De Berker D, Lawrence C. Ganglion of the distalinterphalangeal joint (myxoid cyst): the raby by identification and repair of the leak of joint fluid. *Arch Dermatol* 2001; 137 (5): 607–10.
8. Brown RE, Zook EG, Russell RC et al. Finger nail deformities secondary to ganglion soft the distalinterphalangeal joint (mucous cysts). *Plast Reconstr Surg* 1991; 87 (4): 718–25.
9. Huerter CJ, Wheeland RG, Bailin PL, Ratz JL. Treatment of digital myxoid cysts with carbon dioxide laser vaporization. *J Dermatol Surg Oncol* 1987; 13 (7): 723–7.
10. Патент РФ на изобретение №2554329/19.07.2013. Жилыков А.В., Коробова Н.Ю., Чернядьев С.А., Чернооков А.И. Способ хирургического лечения кисты Бейкера. <https://elibrary.ru/item.asp?id=23811490> [Patent RF na izobretenie №2554329/19.07.2013. Zhilakov A.V., Korobova N.Yu., Chernyad'ev S.A., Chernookov A.I. Sposob khirurgicheskogo lecheniya kisty Beikera. <https://elibrary.ru/item.asp?id=23811490> (in Russian).]
11. Minami S, Nakagawa N, Takaaki I. A Simple and Effective Technique for the Cryotherapy of Digital Mucous Cysts. *Dermatol Surg* 2007; 33 (10): 1280–2. DOI: 10.1111/j.1524-4725.2007.33267.x

Marina A. Ufimtseva – D. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: m@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4335-9334

Sergey A. Chernyad'ev – D. Sci. (Med.), Prof., Ural State Medical University. E-mail: chsa-surg@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4207-1862

Juriy M. Bochkarev – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: bochkarev.ju.m@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6298-7216

Nikolaeva Kristina Igorevna – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: kris-nikol@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-5879-2018

Alexey A. Ushakov – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: alexeyushakov82@mail.ru; ORCID: 0000-0003-0282-7602

Natalya Yu. Korobova – Cand. Sci. (Med.), Ural State Medical University. E-mail: chsa-surg@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6397-0894

Svetlana A. Akulova – Clinical Resident, Ural State Medical University. E-mail: akulovasvetlana11@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7731-1451

Статья поступила в редакцию / The article received: 05.05.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 09.09.2020