

# Клинический случай

Р.М. Тихилов, д.м.н., профессор, С.Ю. Доколин, к.м.н., Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, С.Л. Воробьев, к.м.н., Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, В.В. Дубовик, И.С. Базаров, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

## Первичный синовиальный хондроматоз плечевого сустава (случай из клинической практики)

**Первичный синовиальный хондроматоз (ПСХ) – редкое доброкачественное поражение синовиальной оболочки сустава, характеризующееся появлением в тканях оболочки множественных фокусов хрящевой метаплазии. Наиболее часто при этом заболевании страдает один крупный сустав (коленный, тазобедренный, локтевой), преимущественно у мужчин молодого возраста. О развитии такого состояния в плечевом суставе в мировой литературе имеются лишь единичные публикации.**

Дифференциальный диагноз этого состояния обычно проводится с вторичным хондроматозом, который может быть обусловлен рассекающим остеохондритом, остеохондральным переломом головки плеча, туберкулезным артритом плечевого сустава. В литературе описано около 20 случаев злокачественной трансформации ПСХ в синовиальную хондросаркому. Диагностировать ее можно только основываясь на особенностях гистологической картины опухолевой ткани, таких как наличие нетипичных крупных хондроцитов, в том числе – двухъядерных, признака гетерогенности их распределения, появления единичных митозов и присутствия в опухоли коллагена второго типа. Поэтому в лечении пациентов с такой патологией крайне важным является выявление подобных изменений при гистологическом исследовании внутрисуставного материала.

В настоящее время при первичном синовиальном хондроматозе традиционно проводится удаление внутрисуставных хрящевых тел (свободных и фиксированных к синовию), локальная синовэктомия в пораженном суставе открытым или артроскопическим способом.

Цель настоящей публикации – описать особенности клинической, артроскопической, гистологической картины ПСХ плечевого сустава и оценить возможности его малоинвазивной коррекции.

### Клиническое наблюдение

Пациентка С., 29 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, щелчки, скоропроходящие заклинивания, ограничение подвижности в левом плечевом суставе. Такие проявления болезни беспокоили ее в течение года и не имели какой-либо связи с травмой. В течение всего этого времени отмечалось прогрессирование боли (особенно при физической деятельности с поднятыми над головой руками) и постепенное развитие тугоподвижности сустава. Боль беспокоила пациентку постоянно, особенно во время сна, в ночное время. За весь период болезни не было эпизодов повышения температуры тела, общей слабости, потери веса. При обследовании в клинике не отмечено признаков воспаления околосуставных тканей (покраснения и гипертермии кожи, увеличения регионарных лимфоузлов в подмышечной области). Амплитуда

активных движений в пораженном суставе была следующей: отведение – 90°, сгибание – 150°. Кроме того, имело место незначительное (в пределах 10°) ограничение наружной и внутренней ротации плеча. Пассивные движения в пораженном суставе возможны в полном объеме, но сопровождались выраженными болевыми ощущениями. Функциональное состояние сустава на момент предоперационного осмотра соответствовало 21 баллу по шкале UCLA.

### Обсуждение

Первичный синовиальный хондроматоз плечевого сустава – редкое патологическое состояние. Так, по данным R. Bloom, J.N. Pattison, из 191 случая первичного синовиального хондроматоза, описанного в литературе, только десять имели своей локализацией плечевой сустав. Дифференциальный диагноз всегда проводится с другими состояниями, сопровождающимися формированием свободных внутрисуставных

по шкале UCLA). Результаты контрольного МР-исследования плечевого сустава через 11 мес после выполнения вмешательства показали отсутствие признаков рецидива заболевания (рис. 3).



Рис. 3. МРТ левого плечевого сустава через 11 мес после выполнения оперативного вмешательства: а – косо-корональный срез; б – аксиальный срез

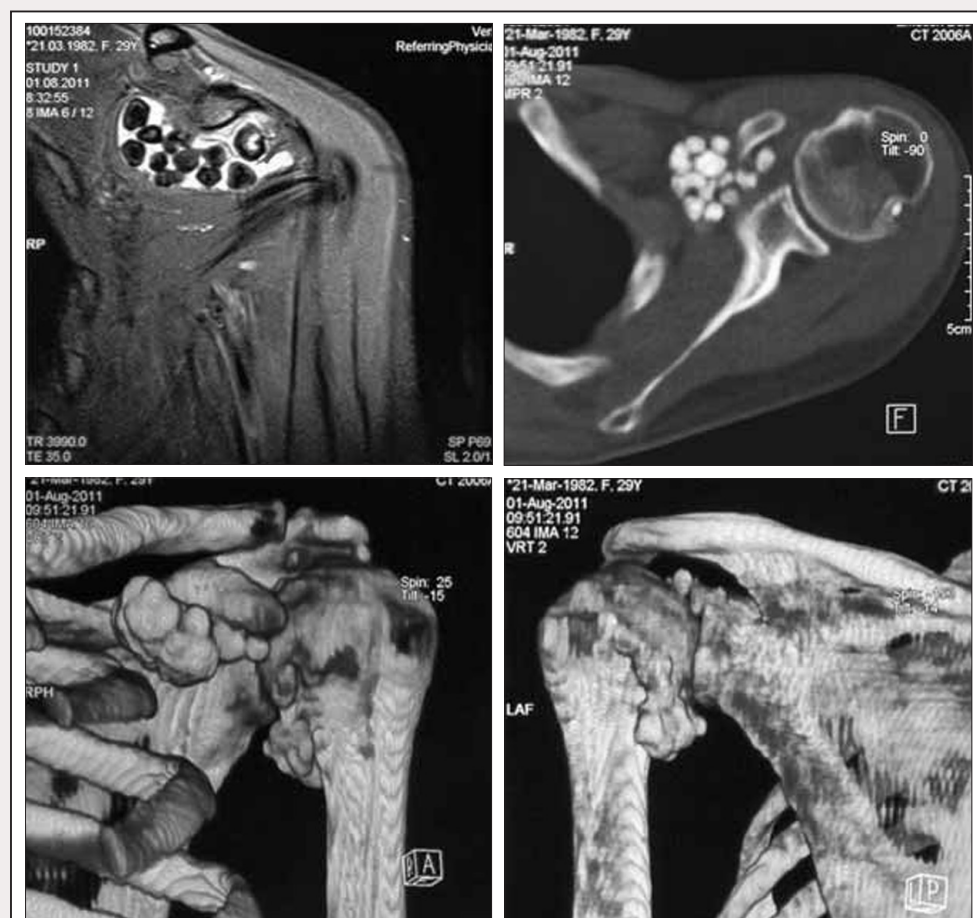


Рис. 1. МРТ левого плечевого сустава до операции. Наличие свободных внутрисуставных тел в полости сустава: а, б – в переднем отделе; в, г – в нижнем, супрагленоидальном отделе, в подклювовидной и подлопаточной сумках; г – в заднем отделе

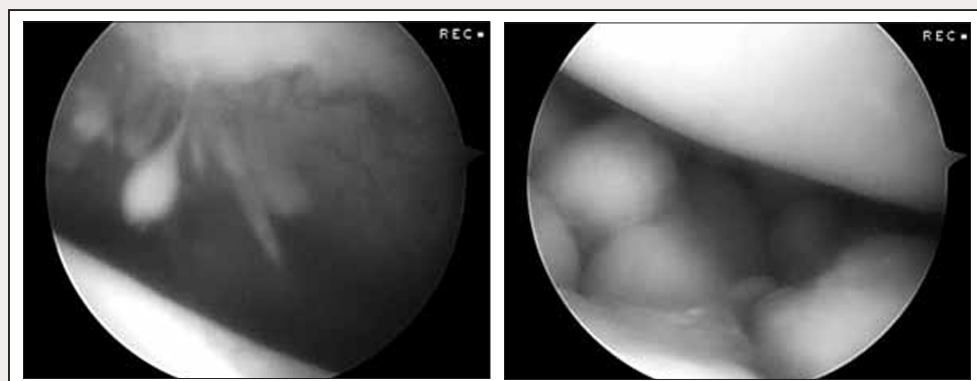


Рис. 2. Артроскопическая картина первичного синовиального хондроматоза плечевого сустава: а – синовиальная оболочка с признаками гипертрофического воспаления в местах формирования хрящевых тел; б – свободно лежащие хрящевые тела

На серии магнитно-резонансных томограмм левого плечевого сустава было визуализировано множество свободных внутрисуставных тел в полости сустава: в переднем, заднем, нижнем, супрагленоидальном отделе, в подклювовидной, подлопаточной сумках (рис. 1).

Артроскопия плечевого сустава была выполнена из стандартных заднего (диагностического) и переднего (инструментального) доступов. В ходе диагностики подтвердилось наличие множества свободных и фиксированных к синовию хрящевых тел, признаков гипертрофического воспаления синовиальной оболочки в местах их формирования (рис. 2).

Использование 8- и 10-миллиметровых канюль в сформированных порталах позволило менять положение оптики и последовательно удалить свободные хрящевые тела из всех отделов сустава. В завершении операции была выполнена артроскопическая локальная синовэктомия с использованием синовиального резектора шейвер-системы и аблятора.

В ходе выполнения артроскопии не было выявлено полнослойных разрывов элементов вращающей манжеты и повреждений сухожильной части длинной головки бицепса. Также был проведен рентгенологический контроль эффективности удаления внутрисуставных тел.

**Гистологическое исследование материала.** Свободные внутрисуставные тканевые элементы были представлены зрелой хрящевой тканью типичного строения. В толще удаленных фрагментов суставной капсулы среди неравномерно фиброза располагались очаги формирующейся хрящевой ткани, отличавшиеся различными размерами и степенью зрелости без признаков клеточной атипии. Воспалительных изменений, патологии синовиоцитов, формирования иных мезенхимальных трансформаций в исследованных тканях сумки не выявлено.

После операции проводилась иммобилизация конечности с использованием косыночной повязки в течение 2 суток с последующим восстановлением пассивных и активных движений в суставе, силы мышц и координации движений. При контрольном осмотре пациентки через 10 месяцев после выполнения вмешательства отсутствовали жалобы на боль, имело место наличие полной амплитуды движений в суставе (33 балла

тел (вторичный хондроматоз), такими как рассекающий остеохондрит и остеохондральные переломы головки плеча, туберкулезный артрит. Важным отличительным признаком данного заболевания является наличие множества хрящевых фрагментов – либо фиксированных к синовию, либо свободно расположенных в полости сустава. Остеохондральный перелом головки плеча может быть заподозрен при предшествующей травме сустава, а также по наличию одного или двух крупных остеохондральных фрагментов, источником которых является хрящевая поверхность головки плеча. Туберкулезный артрит можно диагностировать по признакам основного заболевания. Наиболее сложные дифференциально-диагностические проблемы имеются при оценке злокачественной трансформации первичного синовиального хондроматоза в синовиальную хондросаркому. В этом случае окончательный диагноз может быть установлен только на основании гистологической картины и молекулярного генетического анализа. Нам представляется, что ПСХ является формой очаговой мезенхимальной дисплазии в капсуле сустава, пусковой механизм развития которой не ясен.

Традиционное лечение ПСХ – открытая артротомия и синовэктомия плечевого сустава. На сегодняшний день все эти элементы хирургического вмешательства могут быть реализованы артроскопическим способом с адекватной эффективностью. D.J. Ogilvie-Harris, K. Saleh, J.D. Richman, D.J. Rose, D.J. Covall, C.D. Fowble не обнаружили рецидивов в группах больных, которым по поводу первичного синовиального хондроматоза выполнялась артроскопическая коррекция патологии (синовэктомия и удаление внутрисуставных тел).

Наш опыт лечения первичного синовиального хондроматоза подтверждает данные о высокой эффективности артроскопической малоинвазивной коррекции такой патологии, обеспечивающей наиболее быстрое возвращение пациента к привычной физической активности и при адекватном объеме оперативного вмешательства – отсутствие рецидивов заболевания в послеоперационном периоде.

Список литературы находится в редакции

«Травматология и ортопедия. Вестник», №1(63), 2012 г.