

РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОГО ХОНДРОМАТОЗА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Рябинин М.В., Гвоздев М.А., Авдеев А.И., Сапрыкин А.С.

¹ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, Санкт-Петербург, e-mail: ryabininm@rambler.ru

Синовиальный хондроматоз плечевого сустава в клинической практике встречается достаточно редко. В настоящее время оперативные вмешательства при данном заболевании предполагают удаление внутрисуставных хрящевых тел и локальную синовэктомию в пораженном суставе открытым или артроскопическим способом. Цель данной статьи – представить особенности клинической картины, патофизиологии, диагностики, а также отдаленные результаты лечения множественного синовиального хондроматоза, на примере двух пациентов, методами тотального реверсивного эндопротезирования и артроскопической техники. В данной статье описаны особенности клинической и интраоперационной картины синовиального хондроматоза плечевого сустава и отдаленные результаты лечения. Приводится клинический пример диагностики и лечения данной патологии у двух пациентов. В первом случае при раннем обращении, диагностике и удовлетворительном состоянии плечевого сустава было выполнено артроскопическое вмешательство с удалением внутрисуставных тел и локальной синовэктомией. Гистологическое исследование в первом случае подтвердило диагноз первичный синовиальный хондроматоз. Во втором случае при позднем обращении, посттравматических артрозных изменениях плечевого сустава было принято решение о проведении открытого вмешательства с выполнением эндопротезирования сустава. Гистологическое исследование во втором случае подтвердило диагноз вторичный синовиальный хондроматоз. В раннем и отдаленном послеоперационном периоде оба пациента отмечают хороший функциональный результат.

Ключевые слова: синовиальный хондроматоз, плечевой сустав, реверсивное эндопротезирование, внутрисуставное хрящевое тело, артроскопия.

DIFFERENT APPROACHES OF SURGICAL TREATMENT OF MULTIPLE CHONDROMATOSIS OF THE SHOULDER JOINT

Rybinin M.V.¹, Gvozdev M.A.¹, Avdeev A.I.¹, Saprykin A.S.¹

¹Vreden Russian Research Institute of Traumatology and Orthopaedics, St. Petersburg, e-mail: ryabininm@rambler.ru

Synovial chondromatosis of the shoulder joint in clinical practice is quite rare. Currently, surgical intervention in this disease involves the removal of intra-articular cartilaginous bodies and local synovectomy in the affected joint by open or arthroscopic method. The purpose of this article is to present the features of the clinical picture, pathophysiology, diagnosis, as well as long – term results of treatment of multiple synovial chondromatosis, on the example of two patients with the methods of total reverse endoprosthesis and arthroscopic techniques. This article describes the features of the clinical and intraoperative picture of synovial chondromatosis of the shoulder joint and the long-term results of treatment. A clinical example of diagnosis and treatment of this pathology in two patients is presented. In the first case, in case of early treatment, diagnosis and satisfactory condition of the shoulder joint, arthroscopic interventions with removal of intra-articular bodies and local synovectomy were performed. Histological examination in the first case confirmed the diagnosis of primary synovial chondromatosis. In the second case, with late treatment, post-traumatic arthrosis changes of the shoulder joint, it was decided to conduct an open intervention with the implementation of joint endoprosthesis. Histological examination in the second case confirmed the diagnosis of secondary synovial chondromatosis. In the early and late postoperative period, both patients note a good functional result.

Keywords: synovial chondromatosis, shoulder joint, reverse arthroplasty, intra-articular cartilaginous body, arthroscopy.

Синовиальный хондроматоз (СХ) - это редкое доброкачественное поражение синовиальной оболочки сустава, с пиком заболеваемости в пятом десятилетии жизни. Самыми распространёнными симптомами являются: боль (85-100%), припухлость (42-58%), и уменьшение амплитуды движений в суставе (38-55%). Как правило, при данной патологии поражается один крупный сустав, чаще всего коленный (46%), в меньшей степени

тазобедренный, локтевой, лучезапястный и голеностопный суставы. По данным литературы, плечевой сустав вовлекается приблизительно в 5% случаев. Согласно ряду отечественных, а также зарубежных исследований мужчины в два раза больше подвержены развитию данной патологии относительно женщин [1-3].

На сегодняшний день принципиально выделяют две формы СХ: первичный синовиальный хондроматоз (ПСХ) и вторичный синовиальный хондроматоз (ВСХ). Первичный синовиальный хондроматоз возникает спонтанно и проявляется в виде участков хрящевой метаплазии в толще синовиальной оболочки, которые в конечном итоге освобождаются с образованием свободных внутрисуставных тел. В свою очередь вторичный синовиальный хондроматоз возникает на фоне заболевания или травмы сустава [1; 4].

В настоящее время большинство пациентов с диагнозом синовиальный хондроматоз лечатся артроскопически, но ввиду поздней диагностики, что приводит к тяжелому повреждению сустава с большим количеством внутрисуставных тел, единственным верным решением может быть открытое радикальное вмешательство [5-7].

Цель данной статьи – представить особенности клинической картины, патофизиологии, диагностики, а также отдаленные результаты лечения множественного синовиального хондроматоза, на примере двух пациентов, методами тотального реверсивного эндопротезирования и артроскопической техники.

Материалы и методы

Первый случай

Женщина 27 лет обратилась с жалобами на боль, ограничение движений в правом плечевом суставе, возникающие при физической нагрузке. Травмы отрицает. Боли стали беспокоить с 18 лет. Не лечилась. Усиление болей и ограничение движений в суставе отмечает с 25 лет. В октябре 2016 года проходила лечение в РНИИТО. При объективном осмотре изменения контуров правого плечевого сустава не отмечалось. Пальпация болезненна вокруг правого плечевого сустава. Движения ограничены, с хрустом: отведение 55° , сгибание 45° , разгибание 40° , внутренняя ротация 60° , наружная ротация 60° . По данным МРТ правого плечевого сустава от 28.07.16 г.: теносиновит влагалища длинной головки бицепса, хондроматоз.

Второй случай

Мужчина 55 лет обратился с жалобами на боль, ограничение активных движений в правом плечевом суставе. Впервые травма в 1983 году, при заведении штанги за голову произошел вывих головки правой плечевой кости. В дальнейшем у больного было около 50 вывихов, которые пациент вправлял самостоятельно. Неоднократно обращался за помощью по месту жительства и в Киевский НИИТО в 2009-2010 гг., установлен диагноз:

деформирующий артроз, хондроматоз правого плечевого сустава. Оперативное лечение не проводилось. В марте 2016 года проходил лечение в РНИИТО. При объективном осмотре определялась умеренная гипотрофия дельтовидной мышцы, а также мышц-ротаторов справа. Пальпация болезненна вокруг правого плечевого сустава. Движения резко ограничены, с хрустом: отведение 25° , сгибание 30° , разгибание 20° , полное отсутствие ротационных движений. По данным рентгенографии правого плечевого сустава от 03.03.16 г.: деформирующий артроз III ст. с массой свободных тел в полости сустава (рис. 1).

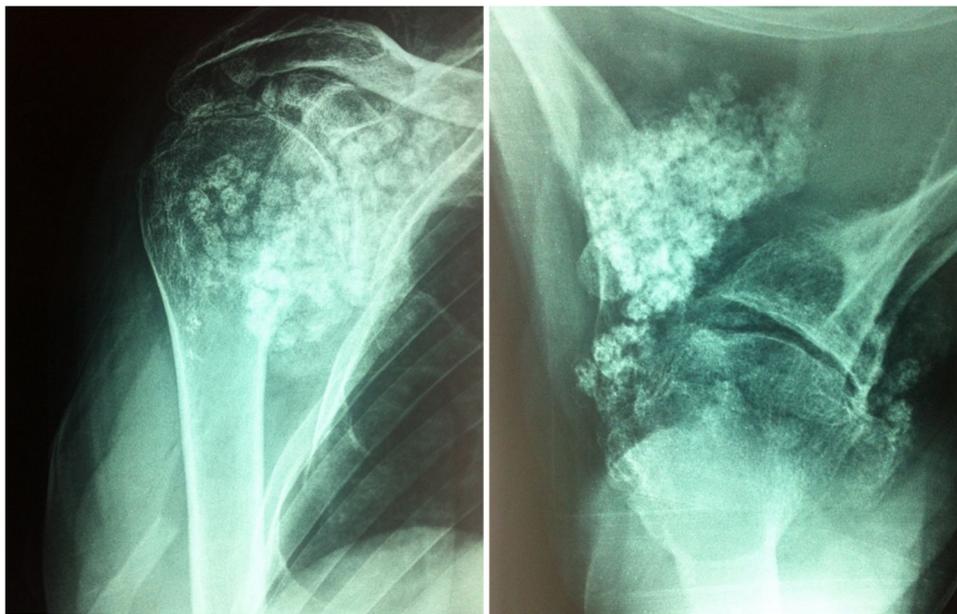


Рис. 1. Рентгенограммы пациента при поступлении: снимок правого плечевого сустава в прямой проекции и аксиальной проекции (второй случай)

Настоящее исследование проводилось с одобрения этического комитета ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России. Цель и методы исследования были объяснены обследуемым пациентам, от которых были получены добровольные письменные информированные согласия на проведение обследования, лечения и публикацию полученных данных.

Результаты

Учитывая молодой возраст, отсутствие повреждения плечевого сустава и малый размер свободных внутрисуставных тел по данным МРТ в первом случае, было принято решение о проведении диагностической артроскопии правого плечевого сустава с удалением свободных внутрисуставных тел. В положении пациента «пляжное кресло», при ревизии сустава выявлено: карман Ридля полностью заполнен хондроматозными телами, синовиальная оболочка воспалена и гипертрофирована. Выполнено удаление множественных свободных внутрисуставных тел, локальная синовэктомия (рис. 2).

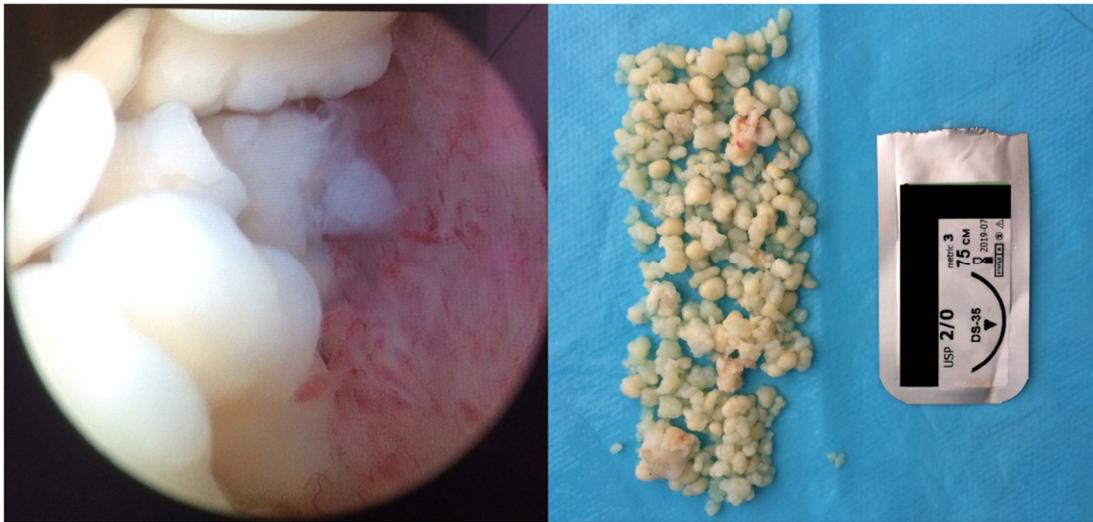


Рис. 2. Общий вид хондроматозных тел в полости сустава и извлеченные хондроматозные тела (первый случай)

Послеоперационное гистологическое исследование удаленных тел подтвердило диагноз первичный синовиальный хондроматоз. В отдалённом периоде после операции, через 18 месяцев, пациентка активно жалоб не предъявляет, функция правого плечевого сустава восстановилась полностью, пациентка вернулась к ежедневной бытовой, профессиональной и спортивной деятельности (рис. 3).



Рис. 3. Фотографии пациентки через 18 месяцев после операции (первый случай)

Учитывая посттравматический деформирующий остеоартроз правого плечевого сустава, выраженные нарушения функции в нём во втором случае, было принято решение об

эндопротезировании правого плечевого сустава реверсивным эндопротезом. Дельтопекторальным доступом произведена артротомия плечевого сустава. В расширенной полости сустава определялись множественные (100 и более) внутрисуставные тела во всех отделах, которые удалены (рис. 4).

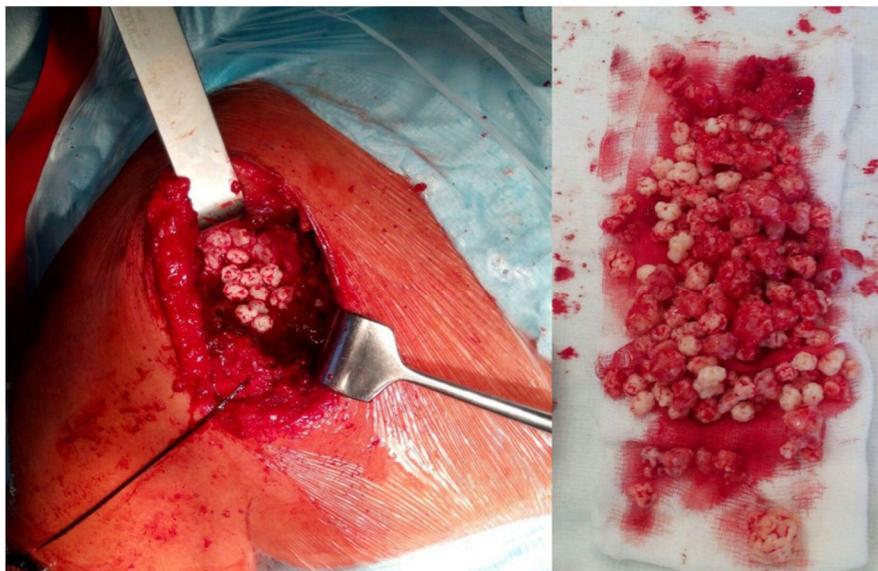


Рис. 4. Общий вид хондроматозных тел непосредственно в полости сустава и извлеченные хондроматозные тела (второй случай)

Пациенту имплантирован реверсивный эндопротез плечевого сустава Delta Xtend фирмы DePuy (рис. 5).

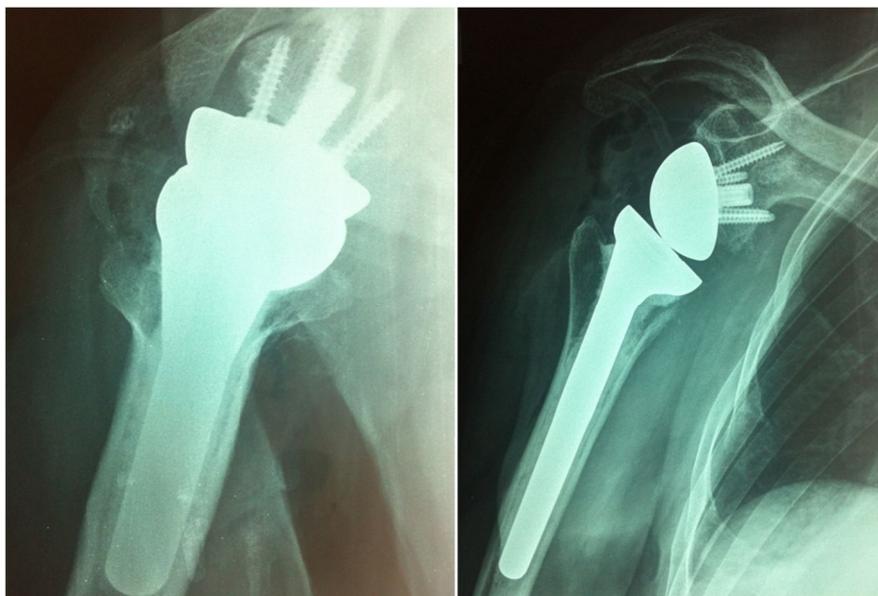


Рис. 5. Рентгенограммы пациента после оперативного лечения в прямой и аксиальной проекции (второй случай)

Послеоперационное гистологическое исследование удаленных тел подтвердило диагноз вторичного синовиального хондроматоза. В отдалённом периоде после операции,

через 2 года, пациент активно жалоб не предъявляет, функция правого плечевого сустава восстановилась полностью, пациент вернулся к ежедневной бытовой и профессиональной деятельности (рис. 6).



Рис. 6. Фотографии пациента через 24 месяца после операции (второй случай)

Обсуждение

Синовиальный хондроматоз – редко встречающаяся патология, характеризующаяся наличием множественных участков метаплазии в толще синовиальной оболочки сустава, отличительной чертой которого является наличие свободных внутрисуставных тел [1; 4]. Этиология ПСХ до конца не изучена [3; 8].

Для диагностики СХ принципиальное значение имеют данные анамнеза, инструментальные методы диагностики (рентгенография, МРТ, КТ), а также гистологическое исследование имеют особенное значение для дифференциации между первичным и вторичным хондроматозом [1; 3]. ПСХ возникает спонтанно. В свою очередь для вторичного хондроматоза характерным признаком является наличие в анамнезе заболевания или травмы сустава [5].

На сегодняшний день наиболее популярным методом лечения СХ является артроскопическая коррекция патологии, заключающаяся в удалении внутрисуставных тел и локальной синовэктомии [9-11]. Первый случай артроскопического удаления свободных внутрисуставных тел при СХ плечевого сустава продемонстрировали Richman and Rose в 1990 [9]. В ходе обзора как отечественной, так и иностранной литературы, касающейся данного вопроса, были найдены единичные случаи лечения пациентов путем тотального эндопротезирования сустава [5-7].

Выводы

На наш взгляд, тенденция к артроскопической коррекции хондроматоза крупных суставов связана с постоянным прогрессом в техническом оснащении ЛПУ, что в свою очередь позволяет все большему числу пациентов получать адекватное лечение на начальной стадии заболевания. Артроскопическое лечение синовиального хондроматоза плеча – более предпочтительный метод по сравнению с открытой техникой, благодаря своим преимуществам: малой травматизации, ранней реабилитации и быстрому восстановлению пациентов. Артроскопическое удаление свободных внутрисуставных тел в плечевом суставе является методом выбора и должно быть предложено пациентам с СХ плечевого сустава. Именно такой метод лечения и был использован нами в одном из представленных случаев.

В другом варианте при наличии большого количества внутрисуставных тел с явлениями деформирующего остеоартроза плечевого сустава нам пришлось отказаться от артроскопической техники, и пациенту выполнено открытое вмешательство с тотальным реверсивным эндопротезированием плечевого сустава протезом Delta Xtend фирмы DePuy. В ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде оба больных отмечают хороший функциональный результат.

Список литературы

1. Первичный синовиальный хондроматоз плечевого сустава. (Случай из клинической практики) / Р.М. Тихилов [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2012. (1). С. 104-108.
2. Buess E., Friedrich B. Synovial chondromatosis of the glenohumeral joint: a rare condition. Arch.Orthop.Trauma.Surg. 2001. 121:109–111.
3. Murphey M.D., Vidal J.A., Fanburg-Smith J.C., Gajewski D.A. Imaging of synovial chondromatosis with radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2007. 27:1465–1488.
4. Случай лучевой диагностики синовиального хондроматоза / О.В. Родионова [и др.] // Медицинская визуализация. 2009. (4). С. 38-42.
5. Jong-Hun Ji, Mohamed Shafi, Dong-SeokJeong Secondary synovial chondromatosis of the shoulder. Knee Surg. Sports Traumatol.Arthrosc. 2015. Sep 7:23 (9):2624-7.
6. Результаты эндопротезирования плечевого сустава у больных с новообразованием проксимального отдела плечевой кости / И.М. Михайлов [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2014. № 4 (74). С. 27-35.
7. Ненашев Д.В. Анализ отдаленных результатов эндопротезирования плечевого сустава / Д.В. Ненашев, А.П. Варфоломеев, С.В. Майков // Травматология и ортопедия России. 2012. № 2 (64). С. 71-78.
8. McKenzie G., Raby N., Ritchie D. A pictorial review of synovial osteochondromatosis. Eur

Radiol. 2008. 18 (11):2662–2669.

9. Richman J.D., Rose D.J. The role of arthroscopy in the management of synovial chondromatosis of the shoulder. A case report Clin. Orthop. 1990. 257:91–93.
10. Ranalletta M., Bongiovanni S., Calvo J.M. et al. Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder: report of three patients. J. Shoulder Elbow Surg. 2009. 18:e4–e8.
11. Urbach D., McGuigan F.X., John M. et al. Long-term results after arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder. Arthroscopy. 2008. 24:318–323.