

DOI 10.36074/logos-23.06.2023.73

ДОРСАЛЬНА СИНОВЕКТОМІЯ ТА ЇЇ РОЛЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПІГМЕНТНИЙ ВІЛЛОНОДУЛЯРНИЙ СИНОВІТ КОЛІННОГО СУГЛОБА

ORCID ID: 0000-0001-7187-298X

Костогриз Юрій Олегович

канд. мед. наук,

молодший науковий співробітник відділу травматології та ортопедії дорослих
*Державна установа «Інститут травматології та ортопедії
Національної академії медичних наук України»*

ORCID ID: 0000-0002-9533-9247

Костогриз Олег Анатолійович

д-р. мед. наук, керівник відділу травматології та ортопедії дорослих
*Державна установа «Інститут травматології та ортопедії
Національної академії медичних наук України»*

УКРАЇНА

Вступ. Пігментний віллонодулярний синовіт (ПВНС) виділили як самостійну нозологічну форму в 1941 році Н. Jaffe та співавтори, які і запропонували даний термін. В основі цього маловивченого захворювання лежить специфічне ураження синовіальних оболонок суглоба, сухожилкових піхв та слизових сумок. Морфологічна картина поліморфна – спостерігається різноманіття клітин гістіоцитарного і фібробластичного типу, макрофаги, клітини лімфоїдного ряду, гігантські багатоядерні і пінисті клітини. До сьогодні немає єдиної точки зору про походження захворювання, а всі існуючі гіпотези не знайшли достатнього підтвердження. Протягом багатьох років домінувала думка щодо запального ґенезу, проте останнім часом збільшується число авторів, які вважають ПВНС пухлиноподібним захворюванням, що знайшло відображення і в гістологічній класифікації ВООЗ (Женева, 1974). При пігментному віллонодулярному синовіті, зазвичай, уражається один суглоб, але також описані і випадки множинного ураження суглобів. Однією із самих частих локалізацій є колінний суглоб, на його долю припадає до 80% всіх випадків захворювання. В залежності від поширеності процесу розрізняють дві форми захворювання – локальну та дифузну, що характеризується ураженням всієї чи значної частини синовіальної оболонки суглоба, сухожильної піхви чи слизової бурси з можливою інвазією в кісткову тканину і утворенням вогнищ деструкції. При локальній формі захворювання методом вибору є операція – часткова синовкапсулектомія. Лікування дифузної форми викликають значні труднощі. При дифузній формі пігментного віллонодулярного синовіту післяопераційні рецидиви при використуванних методах хірургічного втручання спостерігаються в 33-46% випадків [Johansson J. E.]. Повторні, нерідко не однократні, операції пов'язані з великим радикалізмом і, як наслідок, ризиком виникнення функціональних ускладнень. При повторних рецидивах описані випадки ампутації кінцівки. F. Jones та співавтори повідомляють про ампутації кінцівки після 6 операцій з приводу рецидивів ПВНС [1, 2, 3].

Високий відсоток рецидивів після субтотальної синовкапсулектомії, в тому числі при поєднанні цієї операції з променевою терапією, у хворих з дифузною формою є приводом для покращення існуючих та розробки нових методів

лікування пігментного віллонодулярного синовіту. В тому числі слід приділяти більше уваги і «дорсальній» синовектомії.

Мета. Вивчити та проаналізувати сучасні можливості «дорсальної» синовектомії у лікуванні пігментного віллонодулярного синовіту колінного суглоба.

Матеріали та методи. Нами на базі «Відділу захворювань суглобів у дорослих» ДУ «ІТО НАМН України» з 2011 по 2018 роки було обстежено та прооперовано 48 пацієнтів з патологістологічно верифікованим діагнозом: пігментний віллонодулярний синовіт колінного суглоба (ПВНС КС). Виділяють дві форми даного захворювання: дифузна, локальна (Granowitz, 1975 рік) [3]. Нами проліковано 28 пацієнтів з дифузною формою та 20 пацієнтів з локальною. Серед них було 22 пацієнта з ПВНС КС, яким виконували «дорсальні» синовектомії. Більшість пацієнтів – це молоді особи, переважно жіночої статі, середній вік яких склав 34 роки. Тривалість захворювання була від 3 до 10 років. На доопераційному етапі всі вони лікувались консервативно за місцем проживання, деякі з них також лікувались оперативно в інших лікувальних закладах. Хворі були клінічно, лабораторно, інструментально обстежені. Діагностичну цінність рентгенографії, УЗД, МРТ оцінювали ретроспективно, з урахуванням інтраопераційних даних (у деяких випадках артроскопія) та патоморфології.

Результати. Пацієнти звертались зі скаргами на постійний біль та дискомфорт, періодичні болі, виражений набряк, на обмеження рухів у колінних суглобах, що спостерігалось у всіх досліджуваних хворих. 7 з них скаржились на наявність «випинання», відчуття припухлості в ділянці підколінної ямки.

Під час клінічного огляду спостерігались характерні ознаки для синовіту колінного суглоба. Об'єм рухів значно менший, у порівнянні з контрлатеральною кінцівкою – згинально-розгинальна контрактура.

Доопераційну диференційну діагностику пігментного віллонодулярного синовіту проводили з гігантоклітинною пухлиною, синовіальною саркомою, синовіомою, ревматоїдним артритом, синовіальним хондроматозом.

Стандартні рентгенівські знімки рідко бувають достатньо інформативними щодо самого захворювання. Не надто інформативним є і УЗД. Але, на відміну від всіх інших випадків при ПВНС КС, за наявності припухлості в ділянці підколінної ямки ми завжди виконували УЗД з ціллю передопераційного планування, адже у 2 випадках спостерігалось проростання захворювання в ділянку судинно-нервового пучка. Найбільш інформативним є МРТ. Цей метод дає можливість оцінити розміри, розміщення та масштаб ураження структур суглоба.

«Дорсальна» синовектомія колінного суглоба останні кілька років є невід'омою складовою в лікуванні пігментного віллонодулярного синовіту колінного суглоба, особливо коли мова іде про дифузну форму чи рецидив захворювання. Частою помилкою при лікуванні проявів ПВНС КС в ділянці підколінної ямки була недооцінка масштабів ураження дорсальної поверхні колінного суглоба. 5 прооперованих нами пацієнтів вже оперували кісту Бейкера підколінної ямки раніше, але дана операція не була успішною.

Всім 22-м хворим було виконано «тотальну» синовектомію колінного суглоба. Відкриту «дорсальну» синовектомію виконали 6-м хворим (наявна клінічно та за даними УЗД- та МРТ-обстеження кіста підколінної ямки, так звана кіста Бейкера). Решті 16 хворим виконували синовектомію задніх відділів за допомогою артроскопічної техніки. Інтраопераційно візуалізована нами

синовіальна оболонка була характерна для ПВНС КС: зміни у вигляді ворсинчастих та вузлових розростань із характерним їх забарвленням у червоно-коричневий колір, що обумовлене наявністю гемосидерину та ліпідів. Колір пігментації коливався від жовтого до темно-коричневого, залежно від частоти та об'єму крововиливів із крихких новоутворених судин.

Максимальний термін спостереження даної групи хворих склав 5 років, мінімальний – 1 рік. Віддалені результати розцінено, як добрі.

Висновки.

1. Серед неінвазивних інструментальних методів обстеження найбільш інформативним є МРТ, що дозволяє найбільш точно оцінити ступінь ураження та поширення захворювання. Але, за наявності пухлиноподібного утворення в ділянці підколінної ямки, варто також робити додатково і УЗД, щоб виключити проростання захворювання в судинно-нервовий пучок.

2. «Дорсальна» синовектомія повинна бути невід'ємною частиною лікування ПВНС, щоб істотно зменшити ймовірність виникнення у даної групи пацієнтів рецидивів.

3. Пацієнти з ПВНС потребують динамічного спостереження з періодичним повторенням МРТ, для виключення можливості виникнення рецидивів.

4. Пацієнти з рецидивами ПВНС КС після встановлення патоморфологічного діагнозу потребують додаткового спостереження та консультації онкоортопеда щодо доцільності подальшої променевої терапії.

Список використаних джерел:

- [1] Rao, A. S., & Vigorita, V. J. (1984). Pigmented villonodular synovitis (giant-cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane). A review of eighty-one cases. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 66(1), 76–94.
- [2] Johansson, J. E., Ajjoub, S., Coughlin, L. P., Wener, J. A., & Cruess, R. L. (1982). Pigmented villonodular synovitis of joints. *Clinical orthopaedics and related research*, (163), 159–166.
- [3] Granowitz, S. P., D'Antonio, J., & Mankin, H. L. (1976). The pathogenesis and long-term end results of pigmented villonodular synovitis. *Clinical orthopaedics and related research*, (114), 335–351.