

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА ПІГМЕНТНИЙ ВІЛЛОНОДУЛЯРНИЙ СИНОВІТ.

Герасименко С.І., Костогриз Ю.О., Костогриз О.А.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» Київ, Україна

Вступ. Пігментний віллонодулярний синовіт (ПВНС) є рідкісним ексудативнопроліферативним неопластичним захворюванням невідомої етіології, котре вражає синовіальну оболонку та має, зазвичай, доброякісний перебіг. При ПВНС не утворюються атипові клітини, хоча нещодавно доведено наявність цитогенетичних відхилень та у деяких випадках описаний не лише агресивний перебіг хвороби, а й випадки злюккісного перебігу з множинними метастазами. Однак наявність синовіту припускає запальний процес. Етіологія ПВНС лишається нез'ясованою. Він характеризується відкладенням гемосидерину в синовіальній оболонці. Достовірно також невідомо, чи дане ураження суглобів є новоутворенням, чи запальним процесом. В літературі минулих років часто можна зустріти такі терміни, пов'язані з ПВНС, як ксантома чи гігантоклітинна пухлина, мієлоксантома, вільозний артрит, доброякісна синовіома тощо. Це захворювання існує в двох формах: окремих внутрішньосуглобовий вузол (локальна форма ПВНС), дифузні ворсинчасті, ворсинчасто-вузлові, пігментні зміни синовіальної оболонки (дифузна форма ПВНС). Захворювання, як правило, уражає тільки один суглоб, в основному – колінний. Серед пацієнтів частіше хворіють особи жіночої статі. Віковий спектр хворих коливається від 16 до 45 років, але нерідко ПВНС вражає синовію дітей та людей похилого віку. Клінічна картина ПВНС колінного суглоба різноманітна і залежить від типу, форми та стадії ураження. Захворювання не має патогномонічних симптомів і завжди потребує проведення диференційної діагностики з іншими захворюваннями. Схожа ситуація і з лікуванням: в світі іще немає уніфікованих схем та протоколів лікування. Дифузна форма ПВНС має великий відсоток рецидивів.

Мета. Вивчити та проаналізувати результати ендопротезування колінного суглоба у хворих на пігментний віллонодулярний синовіт.

Матеріали та методи. Нами на базі «Відділу захворювань суглобів у дорослих» ДУ «ІТО НАМН України» з 2009 по 2020 роки було обстежено та прооперовано 64 пацієнтів з патологістологічно верифікованим діагнозом: пігментний віллонодулярний синовіт колінного суглоба (ПВНС КС). Виділяють дві форми даного захворювання: дифузна та локальна (Granovitz, 1975). Нами проліковано 36 пацієнтів з дифузною формою та 28 пацієнтів з локальною. Серед них було 6 пацієнтів з ПВНС КС, яким було виконано ендопротезування. На доопераційному етапі всі вони лікувались консервативного 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 та патоморфології.

Результати. Для оцінки якості проведеного хірургічного лікування та моніторингу власне захворювання використовували функціональні шкали Lysholm, Ogilvie-Harris, а також модифіковану нами функціонально-прогностичну шкалу Ogilvie-Harris-Kostogryz.

Під час клінічного огляду спостерігались характерні ознаки для синовіту колінного суглоба. Пальпаторно: біль по ходу суглобової щілини та в ділянці наколінково-стегнового відділу, в ділянці верхнього завороту, де пропальповується пухлиноподібне утворення, «тістоподібної» консистенції. Ознаки локальної гіперемії та гіпертермії відсутні. Об'єм рухів значно менший, у порівнянні з контрлатеральною кінцівкою – згинально-розгинальна контрактура. Навколо суглоба та по всій кінцівці венозний малюнок був більш посилений, ніж на контрлатеральній кінцівці.

Доопераційну диференційну діагностику пігментного віллонодулярного синовіту потрібно проводити з гігантоклітинною пухлиною (остеобластокластомою – стара назва),

синовіальною саркомою, синовіомою, ревматоїдним артритом, синовіальним хондроматозом, туберкульозним гонітом.

На стандартних рентгенівських знімках, зазвичай, наявні зміни, характерні для гонартрозу, але рідко бувають достатньо інформативними щодо самого захворювання. Не надто інформативним є і УЗД. Найбільш інформативним є МРТ. Цей метод дає можливість оцінити розміри, розміщення та масштаб ураження структур суглоба захворюванням, провести більш чітке передопераційне планування.

Провідне місце в лікуванні ПВНС КС на пізніх стадіях захворювання (мова іде про III стадію за класифікацією Родіонової та Зацепіна, 1981р.) займають тотальна синовектомія та тотальне ендопротезування. Зазвичай, це пацієнти зі значними змінами всіх внутрішньосуглобових структур. Деякі з них – це пацієнти з рецидивом захворювання.

Усім хворим було виконано одномоментно чи в два етапи максимально радикальну (тотальну) синовектомію колінного суглоба, а також тотальне ендопротезування. Під час операції візуалізували значні розростання та пухлиноподібні утворення синовіальної оболонки, стоншення та дефекти суглобового хряща, а іноді і дефекти виростків та наколінка із-за проростання в них зміненої захворюванням «агресивної» синовіальної оболонки. Синовія була характерною для ПВНС КС: зміни у вигляді ворсинчастих та вузлових розростань із характерним йому забарвленням у червоно-коричневий колір, що обумовлене наявністю гемосидерину та ліпідів. Колір пігментації коливався від жовтого до темнокоричневого, залежно від частоти та об'єму крововиливів із крихких новоутворених судин. Вилучений під час операції матеріал віддавався на патоморфологічне обстеження, яке є «золотим стандартом» в діагностиці та верифікації діагнозу.

Контрольні огляди хворим проводили через 3, 6 та 12 місяців після операції. Так, аналізуючи результати лікування хворих на ПВНС КС з III стадією захворювання, яким було виконано тотальну синовектомію та тотальне ендопротезування, за шкалами Lysholm, Ogilvie-Harris, Ogilvie-Harris-Kostogryz ми отримали через 1 рік після хірургічного лікування наступні результати: 3 пацієнти – добрі результати, 2 пацієнти – задовільні, 1 пацієнт – незадовільний. Відмінних результатів не було, адже були значні зміни в суглобі та оточуючих тканинах, а незадовільний результат спричинений рецидивом захворювання. Хвора готується до ревізійної операції. Максимальний термін спостереження даної групи хворих склав 7 років, мінімальний – 6 місяців.

Висновки. Серед неінвазивних інструментальних методів обстеження найбільш інформативним є МРТ, що дозволяє найбільш точно оцінити ступінь ураження та поширення захворювання. МРТ слід виконувати хворим навіть якщо під час звичайної рентгенографії наявні зміни, що відповідають гонартрозу III, IV стадії.

Тотальна синовектомія та тотальне ендопротезування колінного суглоба займають провідне місце в лікуванні пігментного віллонодулярного синовіту колінного суглоба на пізніх стадіях захворювання (III стадія за Родіоновою та Зацепіним).

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

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