

ГЕМАНГИОМА СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.П. Барабаш, В.В. Шевченко

(Институт травматологии и ортопедии ВСНЦ СО РАМН, директор - д.м.н., проф. Барабаш А.П.)

Резюме. Гемангиома синовиальной оболочки коленного сустава в практике ортопеда встречается не часто. В литературе публикации, посвященные этой патологии, встречаются редко, а количество приводимых наблюдений не превышает нескольких десятков. При исследовании выявлено, что гемангиома синовиальной оболочки коленного сустава является относительно редким заболеванием, которое приходится дифференцировать с хроническими синовитами. При диагностике гемангиомы данной локализации лечащий врач испытывает определенные трудности. Одним из наиболее достоверных способов диагностики данной патологии является компьютерная томография. Но окончательный диагноз устанавливается после гистологического исследования удаленной опухоли. Основным способом лечения данной патологии является иссечение гемангиомы в пределах здоровых тканей.

Гемангиома синовиальной оболочки коленного сустава в практике ортопеда встречается не часто. В литературе публикации, посвященные этой патологии, встречаются редко, а количество приводимых наблюдений не превышает нескольких десятков [1-9].

Пациенты с данной патологией предъявляют жалобы на периодические ноющие боли в области пораженного коленного сустава, его припухлость, умеренное ограничение движений в нем. Чаще всего данные больные получают лечение по поводу «хронических синовитов», что, практически, не приносит им облегчения.

В связи с редкостью нозологии, трудностями дифференциальной диагностики и скудностью клинической картины правильный диагноз до начала лечения выставляется в единичных случаях. В основном - во время операции и при гистологическом исследовании.

В клинику ИТО ВСНЦ СО РАМН за период с 1968 г. по 1997 г. поступила всего 1 больная с вышеуказанной патологией.

Больная Д., 19 лет (и/б № 49475) обратилась с жалобами на периодические ноющие боли в области левого коленного сустава, его отекаемость. Травмы этой области отрицает.

Со слов - около 3,5 лет назад появилась периодическая умеренная болезненность в этой области, постепенно интенсивность и частота обострений увеличилась. В это время отмечала подъем температуры до 37,1°-37,4°С. Боли проходили через некоторое время самостоятельно. Стала замечать нарастающее уменьшение объема мягких тканей бедра. В 1994 году по месту жительства по поводу хронического синовита левого коленного сустава получила курс УВЧ, массажа - отметила кратковременное улучшение. Но спустя 4 месяца боли появились вновь. В январе 1995 года взята биопсия тканей - патологических изменений

не выявлено. В дальнейшем улучшения в состоянии не отмечала.

В сентябре 1996 г. госпитализирована в ИТО ВСНЦ СО РАМН. При осмотре области левого коленного сустава отмечается сглаженность контуров, пальпируется образование мягкоэластичной консистенции по обеим сторонам сухожильной части m. rectus femoris на протяжении до 3,0 см, умеренно болезненное. Имеется атрофия мягких тканей бедра слева на уровне с/3 - 3 см, н/3 - 2 см. Движения в коленном суставе ограничены: 95°/0°/0°. На рентгенограммах определяется изменение гомогенности мягких тканей в проекции образования в виде участков уплотнений и разрежений. При выполнении КТ (рис. 1, 2) обнаружено мягкотканной плотности (46-50 ед. Н) образование по передней поверхности бедра на протяжении от н/3 диафиза бедренной кости до метафизарной зоны размером 4,6×2,7 см, протяженностью 7,0 см, неоднородной структуры с включениями жировой плотности и жидкостными включениями до 0,8 см., постепенно переходящее в m. intermedius. Последняя истончена, уменьшена в объеме с включениями жировой плотности (атрофична). В результате проведенного обследования заподозрена кавернозная гемангиома области верхнего заворота левого коленного сустава.

28.02.96 г. выполнена операция - иссечение гемангиомы синовиальной оболочки левого коленного сустава: из доступа в проекции пальпируемого образования выделено последнее, имеет вид "грозди винограда" цианотичного оттенка с участками жировой ткани, заполняя весь верхний заворот, располагается под сухожилием прямой мышцы бедра протяженностью в проксимальном направлении по межфасциальным промежуткам до 9,0 см. При пальпации - мягкоэластичной консистенции, легко спадается. При контакте с инструментом кровоточит. Наложены жгуты на границе в/3 и с/3 бедра. При этом образова-

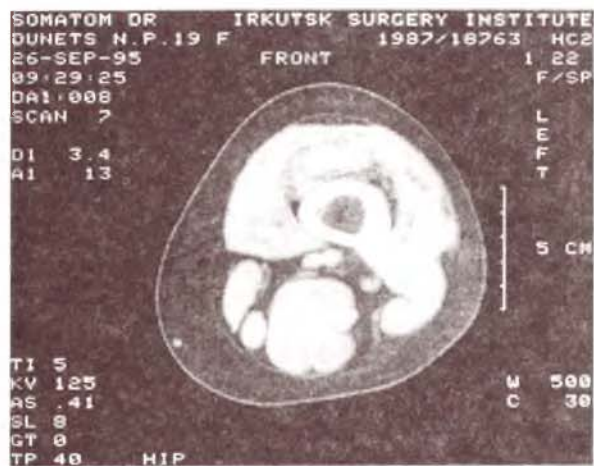


Рис. 1. Томограмма левого бедра б-ой Д. до операции (уровень 7).

ние уменьшилось в размерах. При выделении - образование с мышцами не спаяно, занимает участок 6.0×9.0 см, иссечено единым блоком в пределах видимых здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на девятые сутки, рана зажила первичным натяжением.

Макропрепарат: Опухолевидное образование бугристого вида с включениями жировой ткани, размером $8.5 \times 7.0 \times 3.5$ см. Представлено округлыми узелковыми образованиями от 0.1 до 1.0 см в диаметре. На разрезе: пестрого вида, неоднородной структуры, белесоватого цвета, тяжистые структуры ограничивают множество полостей разного вида и размера, имеющих блестящую белесоватую гладкую внутреннюю поверхность. Просветы полостей пусты.

Гистологическое исследование № 38 (О 276/284/96 г.): гемангиома смешанного типа.

При контрольном обследовании (компьютерная томография) через 2 года (рис. 3, 4) - признаков рецидива опухоли не отмечено.



Рис. 3. Томограмма левого бедра б-ой Д. через 2 года после операции (уровень 9).

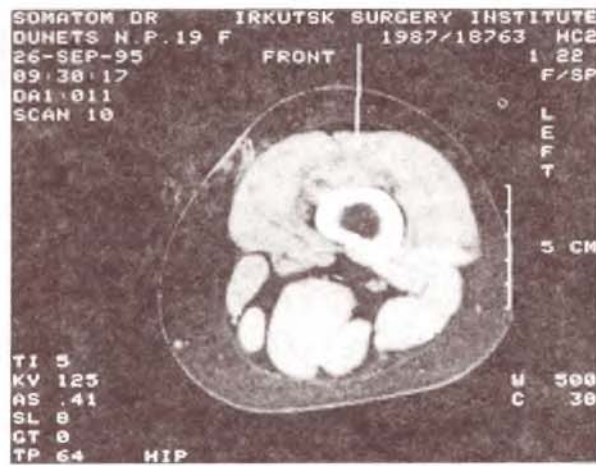


Рис. 2. Томограмма левого бедра б-ой Д. до операции (уровень 10).

Приведенный пример еще раз подчеркивает скудность симптоматики, трудность диагностики и редкость данной патологии.

Выводы:

1. Гемангиома синовиальной оболочки коленного сустава является относительно редким заболеванием, которое приходится дифференцировать с хроническими синовитами.

2. При диагностике гемангиомы данной локализации лечащий врач испытывает определенные трудности. Одним из наиболее достоверных способов диагностики данной патологии является компьютерная томография. Определенную помощь при этом может оказать артроскопия. Но окончательный диагноз устанавливается после гистологического исследования удаленной опухоли.

3. Основным способом лечения данной патологии является иссечение гемангиомы в пределах здоровых тканей.



Рис. 4. Томограмма левого бедра б-ой Д. через 2 года после операции (уровень 14).

THE HEMANGIOMA OF THE SYNOVIAL MEMBRANE OF THE KNEE JOINT

A.P. Barabash, V.V. Shevchenko

*Institute of Traumatology and Orthopaedics,
ESSC SD RAMS, Irkutsk, Russia*

The hemangioma of the synovial membrane of the knee joint is not often met in medical practice of the orthopaedist. In the literature the publications devoted to this pathology are also met rarely, and the number of given observations does not exceed several tens of them.

In the research it was revealed that the hemangioma of the synovial membrane of the knee joint is relatively uncommon disease, which has to be differentiated from the chronic synovitis.

The attending doctor meets definite difficulties in diagnosis of the hemangioma of this location. One of the most reliable methods of diagnosis of this pathology is computer tomography. Arthroscopy may be of some help in diagnosis. But biopsy of the synovial membrane has the last word.

The principal method of the treatment of this pathology is dissection of the hemangioma.

Литература

1. Берлов Г. Гистологическая диагностика важнейших опухолей человека. Минск: Беларусь.- 1970.- С. 76-78.
 2. Вихерт А.М. Опухоли мягких тканей.- М.: Медицина.- 1969.- С. 97-98.
 3. Званцева В.А. Гемангиома синовиальной оболочки коленного сустава. Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 1976.- № 8.- С. 52-56.
 4. Руцкий А.В., Михайлов А.Н. Рентгено-диагностический атлас.- Минск: Высшая школа.- 1987.- Т. 1.- С. 142.
 5. Чаклин В.Д. Опухоли костей и суставов.- М.: Медицина.- 1974.- С.80.
 6. Pinar H., Bozkurt M., Baktrioglu L., Karaoglan O. Intra-articular hemangioma of the knee with meniscal and bony attachment// Arthroscopy.- 1997.- Vol. 4.- P. 507.
 7. Price N.J., Cunde P.J. Synovial hemangioma of the knee// J. Pediatr Orthop., 1997.- Vol. 17.- P. 74.
 8. Rehagel H.J., Wacha H., Hoer P.W. Synovial hemangioma of the knee joint// Hum. Pathol.- 1993.- Vol. 24.- P. 1264.
 9. Wirth T., Rauch G., Ruschoff J., Griss P. Synovial haemangioma of the knee joint// J. Am. Acad. Dermatol.- 1991.- P. 851.
-