

УДК – 616.72-018.36-073.75

ОПЫТ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНОВИАЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОМАТОЗА

И.В. Красицкий, Ю.И. Гринштейн, В.В. Шабалин, В.В. Кусаев

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра лучевой
диагностики ИПО, зав. – д.м.н., проф. С.И. Жестовская; кафедра терапии ИПО,
зав. – д.м.н., проф. Ю.И. Гринштейн; Городская больница №20,

гл. врач – В.А. Фокин.

***Резюме.** Авторами приведен клинический пример первичного синовиального остеохондроматоза коленного сустава у пациента 52 лет, представлен краткий обзор литературы по этиологии, эпидемиологии, клинической картине, диагностике и подходам к терапии такой относительно редкой патологии, как синовиальный хондроматоз (остеохондроматоз), а также проанализированы собственные данные по диагностике синовиального остеохондроматоза на базе городской клинической больницы №20 города Красноярска.*

***Ключевые слова:** синовиальный хондроматоз, синовиальный остеохондроматоз.*

Краcицкий Иван Викторович – д.м.н., проф. каф. лучевой диагностики ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2642718.

Гринштейн Юрий Исаевич – д.м.н., проф. зав. каф. терапии ИПО КрасГМУ; e-mail: grinst@online.ru.

Шабалин Владимир Викторович – к.м.н., доцент каф. терапии ИПО КрасГМУ; e-mail: vlshabalin@yandex.ru.

Синовиальный хондроматоз представляет собой относительно редкое заболевание, характеризующееся формированием эктопических очагов хрящевой ткани в синовиальной мембране суставов, сухожильных влагалищ и сумок вследствие пролиферации и метаплазии субсиновиальной соединительной ткани. Указанные хрящевые образования способны фрагментироваться, проникать в виде свободных тел в синовиальную полость суставов, где могут подвергаться дальнейшему росту и оссификации (в последнем случае заболевание носит название «остеохондроматоз» – ОХМ). При отсутствии настороженности врача заболевание может быть ошибочно принято за остеоартрит, ревматоидный артрит (особенно при локализации патологического процесса в мелких суставах кистей рук), хондросаркому, посттравматическую оссификацию мягких тканей. Цель данной публикации – привлечь внимание практических врачей к данной проблеме. В качестве примера приводим клинический случай.

Клинический случай. Больной З., 52 лет, обратился с жалобами на хруст и умеренные боли в правом коленном суставе отчетливо механического ритма, периодически затруднение движения в нем, вплоть до «заклинивания», по типу «блокады сустава». Указанные жалобы появились около двух лет назад, без явного провоцирующего фактора. Направлен в стационар для уточнения диагноза и подбора терапии. Наследственность неотягощена.

Объективно – нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 в минуту, АД – 134/82 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, почки, селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Status localis. Отмечается отечность в области правого коленного сустава, преимущественно в области правой супрапателлярной сумки, болезненность при пальпации, отчетливая крепитация в правом коленном суставе.

В общем анализе крови, анализе мочи патологии не выявлено, печеночные пробы, креатинин крови, С-реактивный белок, серомукоид – в норме, ревматоидный фактор – отрицательный. На основании незначительно повышенной концентрации специфических антител класса *Chlamidia trachomatis* титра антител к хламидиям (класса IgG к *Chlamidia trachomatis*) лечащим врачом высказано предположение о возможном реактивном артрите.

Рентгенография суставов – в области правого коленного сустава выявляются множественные, свободно располагающиеся в его полости, супрапателлярной сумке овальной и округлой формы образования (рис. 1). Рентгенснимки были проконсультированы с профессором И.В. Красицким. Высказано мнение о первичном остеохондроматозе. Больному предложено артроскопическое вмешательство, от которого он воздержался.

Обсуждение. Ясно, что клиническая картина была совершенно не характерна для реактивного артрита: механический, а не воспалительный ритм болей, абсолютно «спокойная» кровь с нормальной СОЭ, неизмененными острофазовыми показателями. Так что повышенный титр антител к хламидиям является лишь свидетельством сопутствующей хламидиозной инфекции, скорее всего, перенесенной в прошлом (поскольку повышен титр иммуноглобулинов класса IgG).

Нагрузочный ритм болей давал основание заподозрить остеоартроз.

Однако рентгенографическая картина позволила кардинальным образом изменить диагноз в пользу первичного синовиального остеохондроматоза правого коленного сустава. Данное профессором И.В. Красицким, на основании рентгенснимка, заключение об остеохондроматозе в наибольшей степени соответствовало именно данной клинической картине.

Синовиальный остеохондроматоз обычно носит доброкачественный характер, хотя имеются описания злокачественной трансформации в хондросаркому – примерно в 5% случаев [2,9].

Первое описание заболевания состоялось в 1813 году (Leannac), и за прошедшие два столетия для его обозначения было предложено несколько

наименований – «синовильная хондрометаплазия», «синовиальный хондроз», «артикулярный экхондроз», термин же «синовиальный хондроматоз» появился лишь в 1958 году (Y.L. Jaffe). Истинная частота заболевания неизвестна, однако в имеющихся описаниях мужчины страдают в 2-4 раза чаще. Патология может возникнуть в любом возрасте, но большинство случаев диагностируется в возрастном промежутке от 20 до 50 лет [9].

Этиология хондроматоза остается предметом дискуссии, тем не менее, большинство авторов склоняется в пользу метапластической теории заболевания.

Традиционно выделяют первичную и вторичную форму заболевания. Первичный синовильный хондроматоз развивается при отсутствии фоновой суставной патологии, для вторичной формы характерно наличие предшествующего заболевания – остеоартрита, ревматоидного артрита, остеонекроза, туберкулеза, костно-хрящевых переломов, нейропатической остеоартропатии и некоторых других. В последнем случае сформировавшиеся свободные хрящевые или костно-хрящевые фрагменты имплантируются в толщу синовильной оболочки и индуцируют вокруг себя рост метапластической хрящевой ткани [10].

Истинная природа метапластических изменений хрящевой ткани остается неясной. Есть основания полагать, что этот процесс может индуцироваться повышенным содержанием таких костных морфогенетических протеинов (bone morphogenetic proteins - BMP), как BMP-2 и BMP-4 [10].

Чаще всего синовильный хондроматоз поражает суставы, среди которых ведущая роль принадлежит коленному суставу (в 50-65% случаев). Реже в патологический процесс вовлекаются тазобедренный, локтевой, плечевой и голеностопный суставы. Существенно реже поражаются пястно-фаланговые, межфаланговые, акромиоклавикулярный, височно-нижнечелюстной и другие суставы [9]. Имеются описания казуистически редких случаев остеохондроматоза первого предплюсне-фалангового сустава [4], позвоночника [6,8]. В большинстве случаев характер поражения – моноартикулярный,

вовлечение в патологический процесс более 1 сустава составляет от 5% до 10% [9].

Наиболее частыми симптомами являются боль (в 85-100% случаев), отечность (42-58%) и ограничение движений (38-55%) в пораженном суставе. В 20-33% случаев удается выявить крепитацию, а в 3-20% пальпируются узелки. У 5-12% пациентов определяются симптомы «заклинивания» сустава (-ов). Заболевание развивается постепенно, имеет тенденцию к прогрессированию, хотя возможны спонтанные ремиссии. Период от момента появления первых клинических признаков до постановки диагноза может составлять от 5 недель до 18 лет (в среднем 5 лет) [9].

Однако первичный синовиальный хондроматоз способен иметь и внесуставную локализацию – в области сухожилий и сумок. В таких случаях заболевание носит название теносиновиальный хондроматоз или бурсохондроматоз соответственно. Клинически заболевание проявляет себя преимущественно в виде безболезненных или слабо болезненных образований, причем чаще всего в области кистей рук, реже стоп, а также в области плечевого или локтевого суставов [3,7,11]. Наличие внесуставного синовиального хондроматоза способно привести к формированию туннельных синдромов [5].

Инструментальная диагностика остеохондроматоза включает в себя рентгенографию, ультразвуковую диагностику (УЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ), артроскопию.

Рентгенографическая картина до 30% случаев может не выявлять патологии (при отсутствии оссификации хондроматозных телец) [9]. В остальных случаях в проекции сустава обнаруживаются множественные схожей овальной или округлой формы кальцинированные образования от нескольких мм до 2-5 см в диаметре (рис. 1, собственное наблюдение). УЗИ способно обнаружить фокусы повышенной эхогенности внутри сустава, сумки или сухожильного влагалища с возможной регистрацией задней акустической тени, причем в случае свободного расположения телец характерно их

динамическое изменение во время ультразвукового исследования при различных положениях тела обследуемого. Компьютерная томография и особенно МРТ обладают значительно большей чувствительностью в выявлении синовиального хондроматоза. Артроскопия крупных суставов носит не только диагностическую, но лечебную направленность.

Дифференциальный диагноз проводят с остеоартритом, ревматоидным артритом (особенно при локализации патологического процесса в мелких суставах кистей рук), пигментным villonodularным синовитом, хондросаркомой, посттравматической оссификацией мягких тканей.

Подходы к терапии включают в себя применение на первом этапе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), физиопроцедур, однако при наличии механических симптомов этого, как правило, бывает недостаточно, и больные нуждаются в оперативном вмешательстве — артроскопическом удалении хондромных телец и ограниченной синовэктомии, либо открытом вмешательстве на суставе. Частота рецидивов колеблется от 3% до 23% [9].

Следует отметить, что на базе ГКБ №20 города Красноярск за 30-летний период наблюдения был диагностирован 31 клинический случай остеохондроматоза. В доступной нам литературе из отечественных публикаций серия наблюдений составила 18 больных [1]. Среди наших пациентов преобладали мужчины – 23 (74,2%), на долю женщин приходилось 8 случаев (25,8%). Средний возраст пациентов, на момент постановки диагноза, составил $43,6 \pm 14,6$ лет (от 13 до 75 лет). Распределение по возрасту представлено на рис. 2. Следует отметить, что преобладание пациентов возрастной группы от 30 до 40 лет (32,3%), а на долю лиц от 30 до 50 лет приходилось 54,8% от общего количества больных. Только в 2 случаях (6,5%) остеохондроматоз носил вторичный характер (у одного мужчины – 63 года и женщины – 75 лет) – у обоих пациентов вследствие остеоартроза коленных суставов. Преобладало моноартикулярное поражение – у 29 больных (93,5%), в двух случаях зарегистрировано двустороннее вовлечение суставов (в одном – локтевых, у

мужчины 38 лет, в другом – тазобедренных, у женщины 40 лет). По частоте локализации ведущими оказались коленный сустав (у 15 человек) и локтевой (у 14 человек). Поражение тазобедренных суставов выявлено лишь у 2 больных (рис. 3). У всех больных диагноз подтвержден рентгенологически, в одном случае уточнение диагноза осуществлено при помощи магнитно-резонансной томографии.

Таким образом, синовиальный остеохондроматоз, развивающийся преимущественно у лиц трудоспособного возраста и чаще всего поражающий коленные и локтевые суставы, является социально значимой проблемой. При соответствующей настороженности и использовании современных методов визуализации (рентгенография, УЗИ, в сомнительных случаях – КТ, МРТ) диагностика остеохондроматоза несложна. Тем не менее, данная патология, способная имитировать по своей клинической картине целый ряд иных суставных заболеваний, недостаточно хорошо известна широкому кругу практикующих врачей. В связи с этим целью нашей публикации явилось привлечение внимания врачей терапевтов, ревматологов, хирургов, специалистов лучевой диагностики к существованию такого заболевания как синовиальный остеохондроматоз. Поскольку эффективность консервативных подходов в лечении остеохондроматоза весьма ограничена, то оптимальной тактикой является своевременная диагностика и направление больного к хирургу-ортопеду для осуществления артроскопического или хирургического вмешательства.

THE EXPERIENCE OF CLINICAL X-RAY DIAGNOSIS OF SYNOVIAL OSTEOCHONDROMATOSIS

I.V. Krasitskii, Yu.I. Grinshtein, V.V. Shabalin, V.V. Kusaev

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Vojno-Yasenetsky

Abstract. The authors have shown a clinical example of primary synovial osteochondromatosis of knee in a patient of 52 years old, presented an overview of the literature on the etiology, epidemiology, clinical presentation, diagnosis, and

treatment approaches for this rare pathology as synovial chondromatosis (osteochondromatosis), and were analyzed their own data on the diagnosis of synovial osteochondromatosis on the base of Municipal Clinical Hospital No. 20 of city Krasnoyarsk.

Key words: synovial chondromatosis, synovial osteochondromatosis.

Литература

1. Булычева И.В., Семенова Л.А. Внутрисуставной хондроматоз // Архив патолог. – 2006. – Т. 68, №5. – С.28-30.
2. Campanacci D.A., Matera D., Franchi A. et al. Synovial chondrosarcoma of the hip: report of two cases and literature review // Chir. Organi. Mov. – 2008. – Vol.92, №3. – P.139-144.
3. Fetsch J.F., Vinh T.N., Remotti F. et al. Tenosynovial (extraarticular) chondromatosis: an analysis of 37 cases of an underrecognized clinicopathologic entity with a strong predilection for the hands and feet and a high local recurrence rate // Am. J. Surg. Pathol. – 2003. – Vol.27, №9. – P.1260–1268.
4. Khan Z., Yousri T., Chakrabarti D. et al. Primary synovial osteochondromatosis of the first metatarsophalangeal joint, literature review of a rare presentation and a case report // Foot Ankle Surg. – 2010. – Vol.16, №2. – P.1-3.
5. Kim C.H., Kim S.H., Kim M.S. et al. Cubital tunnel syndrome, associated with synovial chondromatosis // J. Korean. Neurosurg. Soc. – 2008. – Vol.43, №2. – P.109-110.
6. Kim S.W., Choi J.H. Synovial chondromatosis presenting with lumbar radiculopathy // Spine. – 2009. – Vol. 34, №11. – P.414-417.
7. Kiritsi O., Tsitas K., Grollios G.A case of idiopathic bursal synovial chondromatosis resembling rheumatoid arthritis // Hippokratia. – 2009. – Vol.13, №1. – P.61-63.

8. Moody P., Bui M.M., Vrionis F. et al. Synovial chondromatosis of spine: case report and review of the literature // Ann. Clin. Lab. Sci. – 2010. – Vol.40, №1. – P.71-74.
9. Murphey M.D., Vidal J.A., Fanburg-Smith J.C. et al. Imaging of synovial chondromatosis with radiologic-pathologic correlation // Radiographics. – 2007. – Vol.27, №5. – P.1465-1488.
10. Nakanishi S., Sakamoto K., Sskamoto K. et al. Bone morphogenetic proteins are involved in the pathobiology of synovial chondromatosis // Biochem. Biophys. Res. Commun. – 2009. – Vol.379, №4. – P.914-919.
11. Oakley J., Yewlett A., Makwana N. Tenosynovial osteochondromatosis of the flexor hallucis longus tendon // Foot Ankle Surg. – 2010. – Vol.16, №3. – P.148-150.

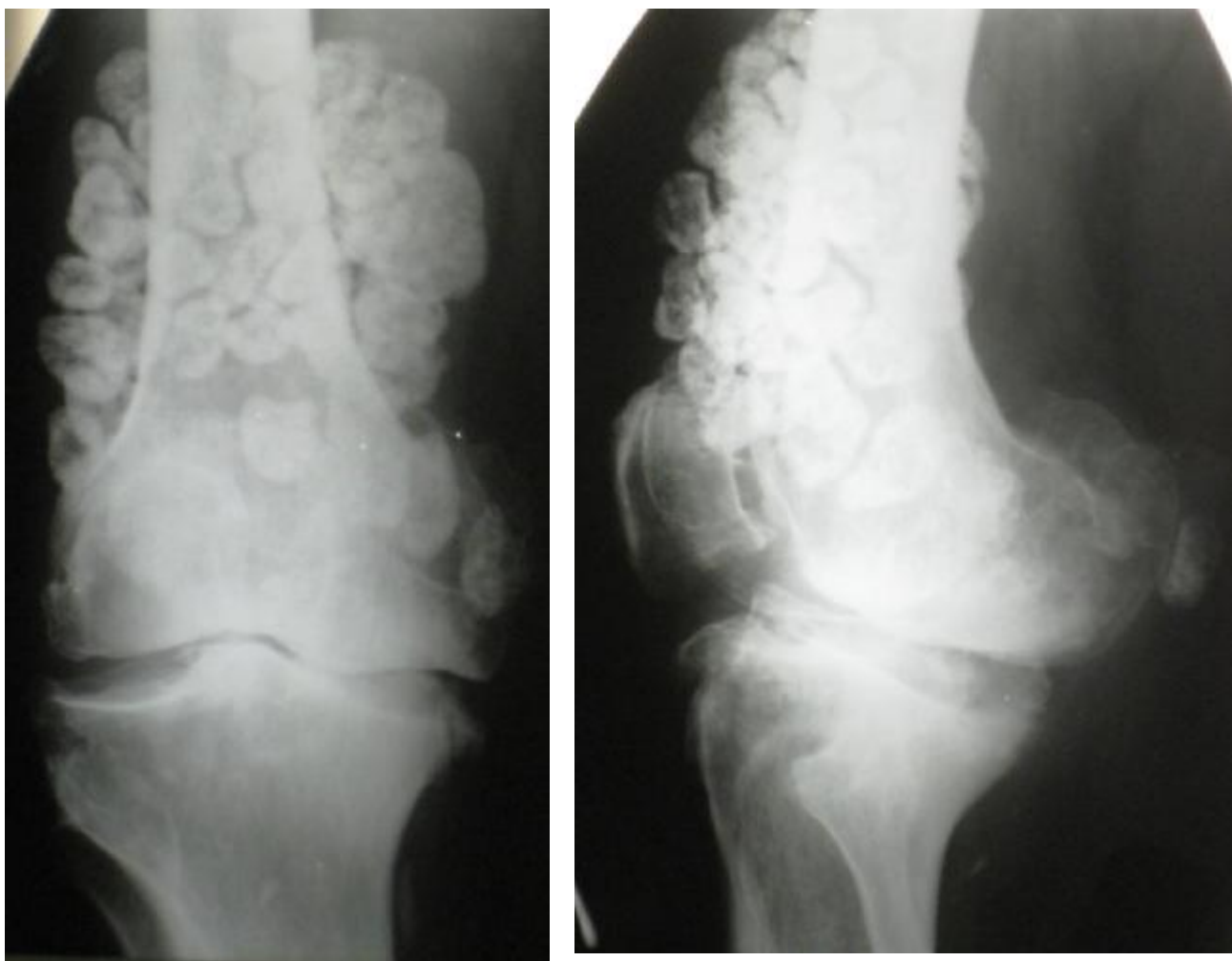
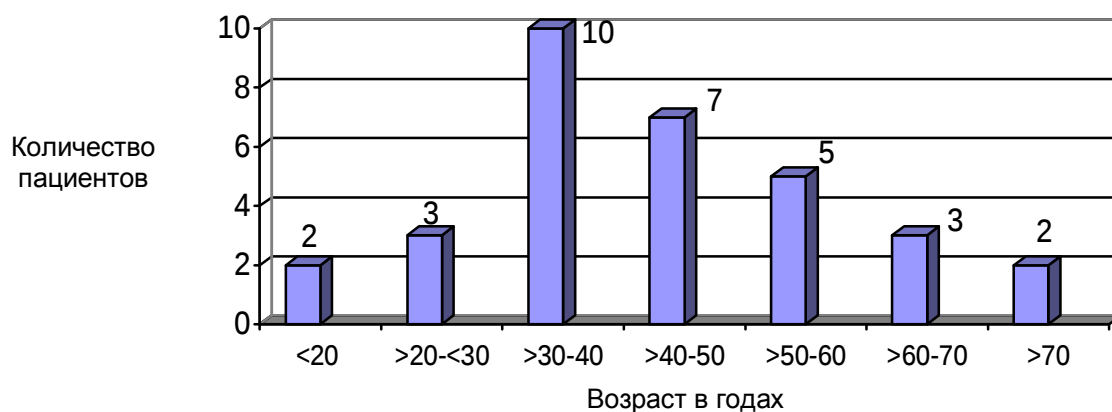
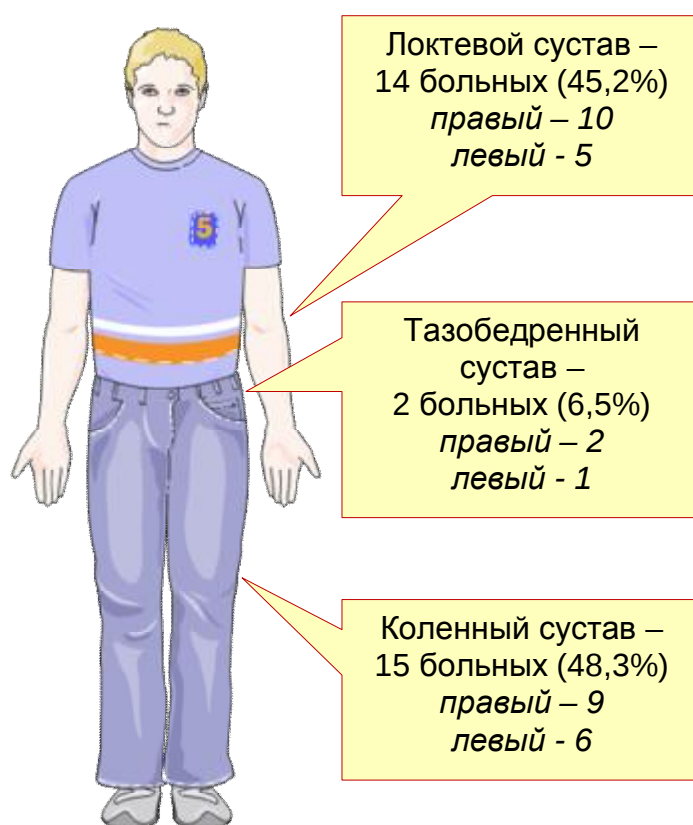


Рис. 1. Рентгенография коленного сустава в прямой и боковой проекции при остеохондроматозе больного З., 52 лет.



*Рис. 2. Распределение по возрасту больных с синовиальным
остеохондроматозом (n=31).*



*Рис. 3. Локализация синовиального остеохондроматоза по данным серии
наблюдений 31 последовательного пациента.*