
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А. И. Перепелкин, А. И. Краюшкин

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра анатомии человека;
ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница»

ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ НОДУЛЯРНЫЙ СИНОВИТ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У РЕБЕНКА

УДК 616-006.35.03

В нашем исследовании мы приводим случай пигментного нодулярного синовита голеностопного сустава у ребенка. У 14-летней девочки определялось безболезненное опухолевидное образование по задне-наружной поверхности правого голеностопного сустава. Компьютерная томография продемонстрировала наличие узловой массы в области правого голеностопного сустава. Гистологическое исследование верифицировало наличие у ребенка локализованного нодулярного синовита. Этот случай подтверждает редкую встречаемость узлового синовита в педиатрической практике.

Ключевые слова: нодулярный синовит, ребенок, голеностопный сустав.

A. I. Perepelkin, A. I. Krayuschkin

LOCALIZED NODULAR SYNOVITIS OF THE ANKLE IN CHILDREN

A case of localized pigmented intra-articular nodular synovitis (NS) of the ankle in a child is described in the article. A 14-year-old girl presented with a painless mass along the posterolateral aspect of the right ankle. CT scan showed a nodular mass in the right posterolateral ankle joint. The histological study verified localized NS. This case confirms that localized NS is not frequent in the population of children.

Keywords: nodular synovitis, child, ankle.

Нодулярный синовит (НС) является редким заболеванием с доброкачественным течением, характеризующийся пролиферативными изменениями синовиальной оболочки, отложением гемосидерина, образованием ворсинок и паннуса [2].

Отсутствие единого взгляда на сущность процесса и его этиопатогенез, рецидивы после удаления патологической ткани послужили причиной появления многочисленных названий этого заболевания. Наибольшее количество исследователей склоняется к воспалительной природе процесса, другая, немногочисленная, часть ученых высказывается за доброкачественный неопластический процесс [3–5].

Неоднозначность в этиологии заболевания выразилась в наличии большого количества синонимов НС: доброкачественная гигантоклеточная синовиома, ксантома сухожилия, ксантоматозная гигантома, миелоксантома сухожилия, гигантома сухожилия, гигантоклеточная

опухоль сухожильного влагалища, фиброэндотелиома сустава, синовиэндотелиома, вариант фиброзной гистиоцитомы, геморрагический виллезный синовит, ксантома, ксантогранулема, полиморфно-клеточная опухоль синовиальной оболочки и др.

НС проявляется болью, дискомфортом, блокадой, появлением бугристой опухоли и отеком в одном из крупных суставов (чаще всего коленном), но встречаются и множественные формы. Множественные очаги НС могут сочетаться с некоторыми фенотипическими особенностями, например с синдромом Нунан, характеризующийся малым ростом, голубыми склерами, приплюснутым носом, курчавыми волосами и стенозом легочной артерии.

Считается, что НС встречается с частотой 1,8 на 1 млн населения в год. НС чаще всего встречается у женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Средняя длительность заболевания от 1 года

до 4 лет, но нередко 10 и даже 20 лет [1, 3]. Описания случаев НС у детей и подростков в отечественной и зарубежной литературе встречаются очень редко, в связи с этим нами предпринята попытка описать случай этого заболевания у девочки-подростка.

Больная, 14 лет, госпитализирована с 01.07.2013 по 15.07.2013 в травматолого-ортопедическое отделение ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница» с жалобами на наличие плотного опухолевидного образования в области правого голеностопного сустава. Считает себя больной около 2 лет, когда появилось вышеуказанное образование, проводилось обследование в поликлинике по месту жительства. В мае 2013 г. обратилась на консультацию в травматолого-ортопедическое

отделение ГБУЗ ВОДКБ, было рекомендовано оперативное лечение.

При поступлении в отделение состояние удовлетворительное, девочка низкого роста (153 см), гиперстенического телосложения. Со стороны внутренних органов патология не выявлена. Лимфатические узлы обычных размеров.

При местном обследовании отмечается увеличение окружности правого голеностопного сустава на 2,0 см по сравнению с противоположной конечностью.

По задне-наружной поверхности правого голеностопного сустава имеется выбухание мягких тканей, при пальпации образование плотной консистенции, неспаянное с кожей, малоподвижное (рис. 1).



Рис. 1. Местная картина опухолевидного образования правого голеностопного сустава у девочки 14 лет

Выполнена компьютерная томография, при которой выявлено, что взаимоотношения костей образующих голеностопные суставы сохранены. Окостенение по возрасту, контуры костей четкие, ровные, уставные поверхности не изменены. Структура костей образующих голеностопные суставы умеренно порозная (+300+356HU) с участками кистовидной перестройки костной ткани в таранных костях.

В правой таранной кости определяются гиподенсивные (+1242HU) участки неправильной формы, размерами 4,6 × 6,2 × 6,2 мм и 4,8 × 5,2 × 5,4 мм, с четкими контурами – эностозы; суставные щели прослеживаются равномерно; справа в предахилловом жировом пространстве

выше пяточной кости определяется овальной формы, гиподенсивное образование (+62+72HU), размерами 37,2 × 28,7 × 24,8 мм, с четкими, округлыми контурами, распространяющееся латерально, прилежащее к длинному сгибателю большого пальца стопы, задней большеберцовой мышце (рис. 2).

Остальные жировые пространства прослеживаются хорошо; патологического выпота в полости суставов не определяется. Параартикулярный объем мягких тканей правого сустава увеличен по сравнению с левым.

Заключение: КТ – картина объемного образования мягких тканей правого голеностопного сустава.

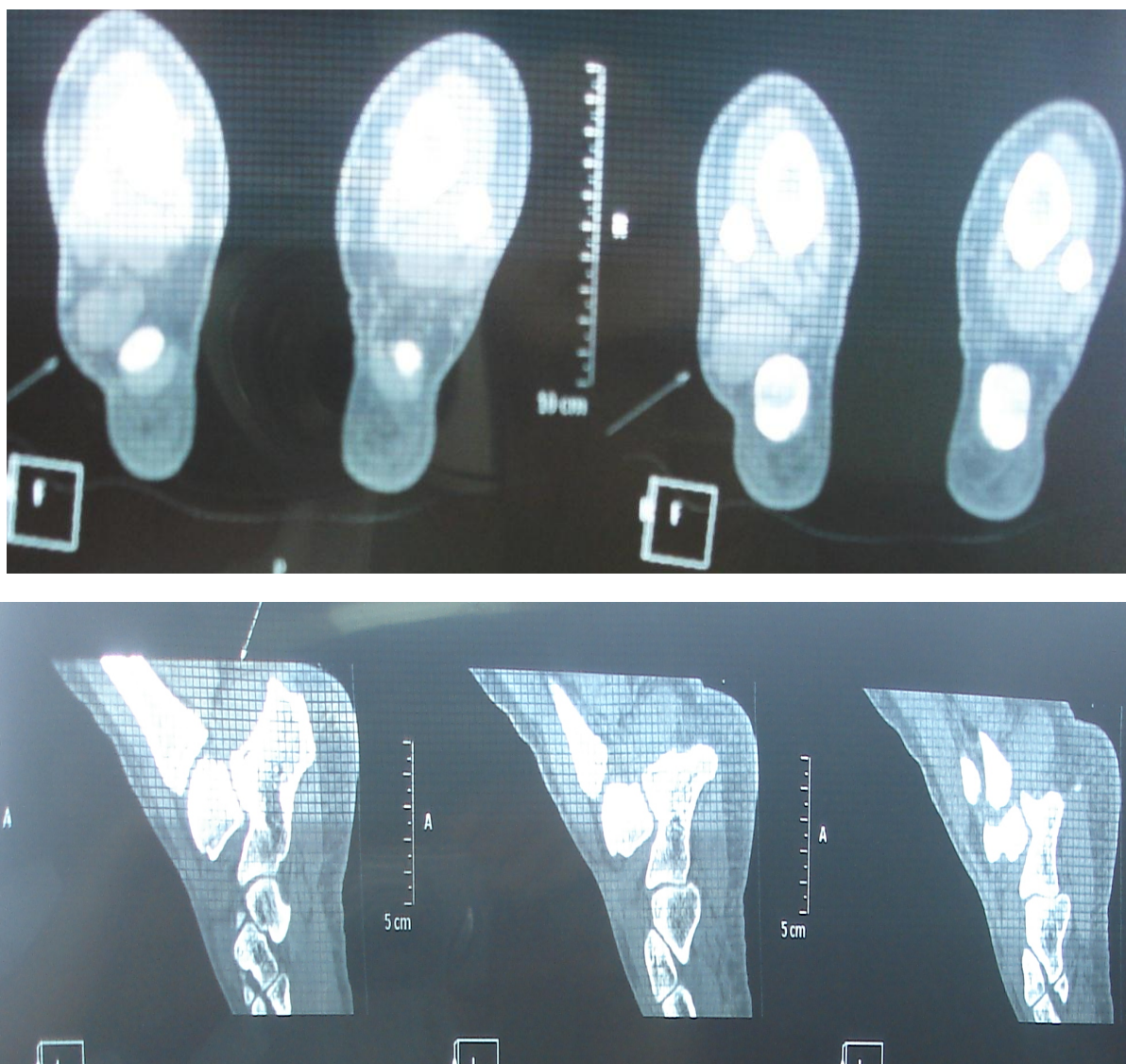


Рис. 2. Компьютерно-томографическая картина нодулярного синовита правого голеностопного сустава ребенка 14 лет

04.07.2013 г. выполнена операция – удаление новообразования.

Полуовальным разрезом в области правого голеностопного сустава над местом опухолевидного образования рассечена кожа, подкожная жировая клетчатка. В ране визуализируется плотное желтовато-коричневое образование с четкими контурами, окруженное плотной капсулой. Острым путем оно иссечено и удалено. Оставшаяся полость ограничена пяточной костью снизу, малоберцовой снаружи и большеберцовой костью – по внутренней поверхности. Выполнено дренирование раны и послойное ее ушивание.

В послеоперационном периоде проводилась симптоматическая терапия, швы сняты на 11 сутки, рана зажила первичным натяжением. При осмотре через 2 месяца после операции ребенок жалобы не предъявляет, передвигается самостоятельно, без хромоты.

Гистологическое исследование удаленного препарата (рис. 3): округлое образование,

вскрытое, размерами $3,5 \times 3,0 \times 1,5$, на разрезе плотная белесоватая ткань со слабо-желтоватым окрашиванием, плотной консистенции.

Микроскопически узел построен из мелких веретенообразных клеток с темным вытянутым ядром и узким ободком цитоплазмы и из более крупных овальных клеток со светлым округлым ядром и широким ободком цитоплазмы.

Среди этих клеток рассеяны в различном количестве многоядерные гигантские клетки с гомогенной, вакуолизированной цитоплазмой. Веретенообразные клетки формируют тяжи, идущие в различных направлениях, заключенные в мощные пучки коллагеновых и аргирофильных волокон.

Округлые клетки располагаются мелкими рыхлыми скоплениями, в которых волокнистая субстанция не определяется, местами выявляются ксантомные клетки, гемосидерофаги. Строма узла представлена аргирофильными и коллагеновыми волокнами с явлениями склероза и гиалиноза.

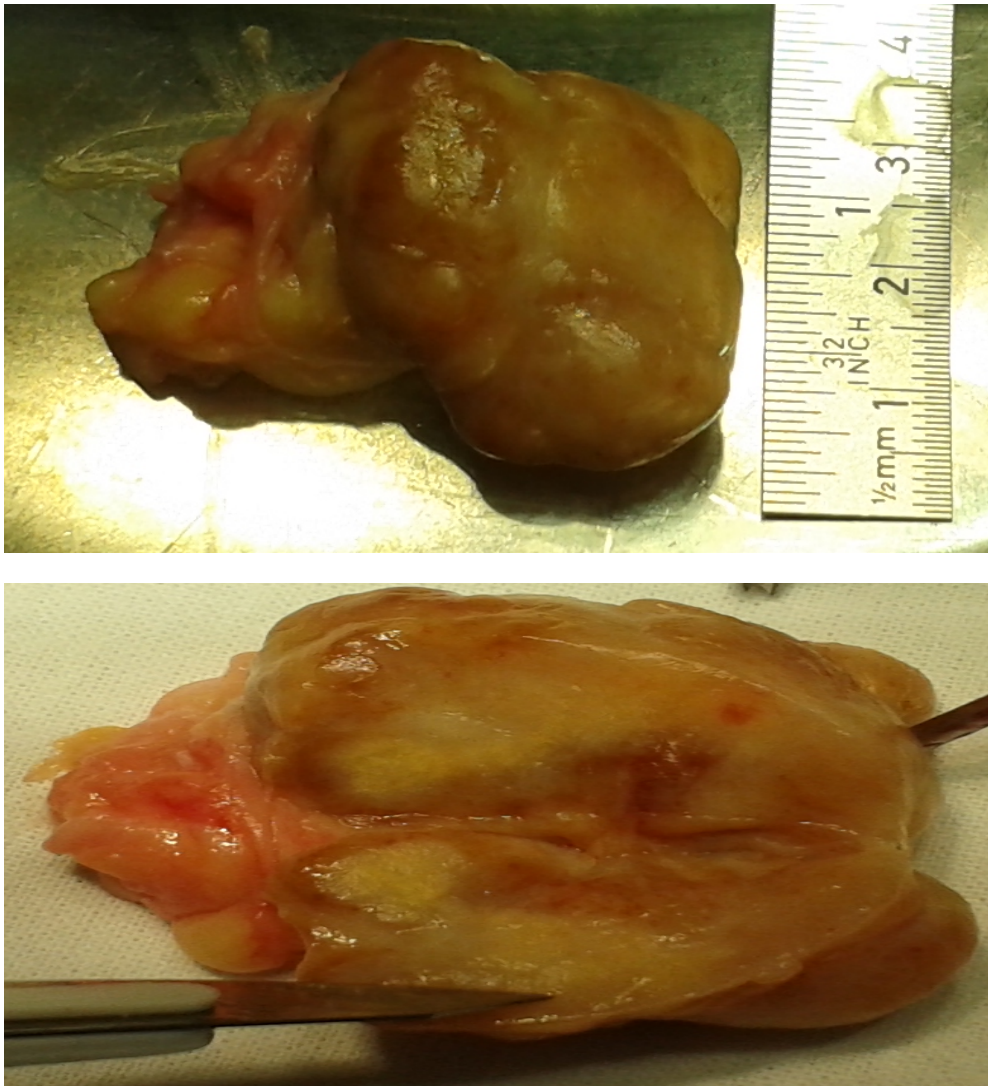


Рис. 3. Препарат удаленного новообразования правого голеностопного сустава

Гистологическое заключение – нодулярный теносиновит.

Таким образом, в анализируемом случае нодулярный синовит у девочки подросткового возраста протекал с картиной доброкачественного новообразования крупного сустава. Верификация диагноза возможна была только при гистологическом исследовании удаленного препарата после выполнения клинического и лабораторного исследований, обзорной рентгенографии сустава в двух проекциях и компьютерной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baroni E., Russo B. D., Masquijo J. J., et al. // J. Child Orthop. – 2010. – Vol. 4, № 2. – P. 123–127.
2. Bruns J., Ewerbeck V., Dominkus M., et al. // Arch. Orthop. Trauma Surg. – 2013. – Vol. 133, № 8. – P. 1047–1053.
3. Kramer D. E., Frassica F. J., Frassica D. A. // J. Knee Surg. – 2009. – Vol. 22, № 3. – P. 243–254.
4. Llauger J, Palmer J, Roson N., et al. // Am. J. Roentgenol. – 1999. – № 172. – P. 1087–1091.
5. Lu K. H. // Arthroscopy. – 2004. – Vol. 20, № 4. – P. 9–13.