

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ГОНАРТРОЗА У ДЕТЕЙ

Шкатула Ю.В., к.м.н.

СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и неотложных состояний

Гонартроз (деформирующий артроз коленного сустава) это комплекс дегенеративно-дистрофических изменений коленного сустава являющийся преимущественно заболеванием взрослого контингента населения. В 2004-2007 годах в Сумской областной детской клинической больнице на стационарном лечении в ортопедотравматологическом отделении и амбулаторном лечении в поликлиническом отделении находилось 11 больных с ДАКС. Удельный вес больных с ДАКС среди всех больных ортопедического профиля составил 0,34 %, то есть удельный вес небольшой, но в связи с тем, что исходом заболевания является формирование стойкой сгибательно-разгибательной контрактуры коленного сустава, иногда с нарушением опороспособности и нередко регистрируется инвалидность пациента, мы решили проанализировать эту категорию больных и попытаться выяснить причины возникновения и развития этой патологии у детей. Среди наших пациентов преобладали лица мужского пола (соотношение 1,5 : 1). Средний возраст больных – 13,5 лет,

У этой группы пациентов нами отмечен ряд общих клинических признаков: боли в коленном суставе, появляющиеся при различной нагрузке: спуск по лестнице, выполнение приседаний; после длительной ходьбы или бега, при переноске тяжестей. Кроме того пациенты отмечали боли при местном переохлаждении сустава, в вечернее время суток. В начальной стадии заболевания пациенты по утрам замечали «утренний дискомфорт»: скованность в коленном суставе и даже боли при ходьбе, которые самостоятельно проходят днем. В периоды обострения болезни – ребенок с трудом может наступать на ногу, безболезненная ходьба невозможна. При осмотре отмечали некоторую отечность в области сустава, нередко – выпот в суставе. С развитием болезни боли приобретали все более постоянный характер и усиливались.

При рентгенологическом исследовании наших пациентов мы выделили ряд общих признаков: неравномерное сужение суставной щели; склерозирование субхондральных участков костной ткани эпифизов бедренной кости, большеберцовой и малоберцовой костей, надколенника; краевые остеофиты в виде заострения контуров эпифизов большеберцовой и малоберцовой костей, бедренной кости и краев надколенника; Мы проанализировали причины, способствующие началу заболевания: в результате перенесенной травмы - (27%), на фоне неправильно консолидированных переломов - (18,2%), в результате туберкулезного поражения - (9%), метаболические нарушения на фоне эндокринной патологии (18,2%) по неизвестной причине - (27%)

На основании проведенного анализа построена общая схема развития ДАКС у детей.

Согласно этой схемы можно выделить биомеханический «маршрут» модели: «аномалии строения» - «нарушение биомеханических взаимоотношений» + «нарушение эндокринных регуляторных механизмов костеобразования и резорбции» = «ДАКС», который определяет суть заболевания.

Присутствуют аномалии развития, при определенных условиях они приведут к дискоординации нагрузки всей системы.

Если в системе имеет место нарушение равновесия нагрузки, то оно обязательно приведет к разрушению.

Если в системе происходят процессы разрушения, то они обязательно приведут к переходу процессов репарации в патологическую стадию репаративной регенерации со всеми соответствующими последствиями.

Если аномалия строения и нарушение эндокринных регуляторных механизмов костеобразования и резорбции действуют как первопричинные, то факторы внешней среды имеют только экспозитивное значение.

Согласно этой модели ДАКС является мультифакториальным генетически предрасположенным заболеванием и предпосылки к его развитию надо искать в детстве, и следовательно еще в детском возрасте предпринимать профилактические меры.