

# ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ФЕМОРО-АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА

Григоровский В.В., Кабаций М.С., Филипчук В.В.

ДУ "Институт травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

**Целью** нашего клинко-морфологического исследования было: установить патоморфологические изменения в тканях тазобедренного сустава, которые лежат в основе феморо-ацетабулярного конфликта (ФАК) и сочетаются с ним, в динамике формирования коксартроза у детей и подростков.

**Материалом исследования** послужили 77 резектатов костно-хрящевых фрагментов проксимального эпиметафиза бедренной кости и прилежащих тканей, полученных от 71 больного во время выполнения корригирующих вмешательств по показаниям при различной патологии тазобедренного сустава, которая, по данным клинических и клинко-визуализирующих методов обследования сопровождалась синдромом ФАК.

Суставной хрящ (СХ) имел неоднородную толщину, во многих случаях на поверхности СХ, преимущественно в его краевых отделах, присутствовал тонкий фиброзный паннус, в котором кое-где определялись мелкие сосуды. Ткань СХ несла признаки более или менее выраженных дистрофических изменений, которые выглядели как потеря гомогенности хрящевого матрикса, демаскирование коллагеновых волокон, появление участков разрыхления, хондронекрозов и щелей. Нормальная структура СХ была нарушена, особенно – в поверхностной и промежуточной зонах: наряду с безклеточными участками определялись небольшие кластеры-пролифераты хондроцитов, а кое-где – довольно распространенные поля пролиферации, преимущественно в поверхностной и промежуточной зонах СХ. В отдельных случаях деструкция СХ имела степень значительной, причем на поверхности спонгиозы присутствовала уплощенная фиброзная ткань, которая создавала неравномерный покров, в последнем местами определялись небольшие остатки дистрофичного гиалинового хряща. Волокнистый хрящ губы вертлужной впадины также обнаруживал признаки дистрофии и содержал участки хондронекрозов. В единичных случаях хрящ на поверхности края вертлужной впадины отсутствовал, в подлежащем участке спонгиозы наблюдались признаки активной перестройки, с преобладанием остеогенеза. Синовиальный слой суставной капсулы (СК) был сохранен во всех случаях, с нерезко выраженными признаками гиперплазии синовицитов и гипертрофии ворсинок. В отдельных случаях наблюдался фиброз собственной пластинки синовиального слоя и его ассимиляция с близлежащими пучками коллагеновых волокон волокнистого слоя СК. В фиброзированном синовиальном слое СК, строме синовиальных ворсинок, а кое-где – в фиброзированном волокнистом слое СК, в большинстве биоптатов, где присутствовали морфологические элементы СК, обнаруживались участки неспецифического продуктивного или экссудативного воспаления с гиперемией микроциркуляторного русла собственной пластинки, периваскулярными мононуклеарными или мононуклеарно-плазматитарными инфильтратами разной плотности. В большинстве наблюдений гистологическая картина воспалительных изменений соответствовала неспецифичному воспалению низкой активности, лишь в некоторых случаях в строме синовиальных ворсинок лейкоцитарно-плазматитарная инфильтрация имела особенности, которые позволяли расценивать ее как проявление продуктивное воспаление средней степени активности, с сохранением непрерывности покрова синовицитов.

Таким образом, проведенное нами клинко-морфологическое исследование тканей тазобедренного сустава от больных разными заболеваниями, которые приводят к дисконгруэнтности суставных поверхностей головки бедренной кости и вертлужной впадины разного генеза и выраженности, с наличием синдрома ФАК, – выявило

разнообразные патологические изменения, проявляющиеся признаками хронических дисциркуляторных, дистрофически-деструктивных и воспалительного процессов.