

**ЗУМОВЛЕНІ СПАДКОВОЮ СХИЛЬНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ СУГЛОБІВ.  
РЕФЛЕКСИВНІСТЬ ЯК ОСНОВНА ФУНКЦІЯ НОВОГО ЗНАННЯ  
ТА ЯК КРИТЕРІЙ ПРОЦЕСУ ПІЗНАННЯ**

*Сіменач Б.І., Бабуркіна О.П.*

ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка АМНУ", Харків

Будь яке наукове дослідження фундаментального (емпіричного, теоретичного) рівня закінчується як опис фактів та нових теоретичних узагальнень (гіпотеза, закономірність, класифікація, концептуальна модель чи теорія).

Одною із основних функцій нового знання незалежно від форми його фіксації є рефлексивність.

Як відомо, нове знання проявляється через зміни структурних зв'язків (нова системність), через нові проблеми (нова проєктивність), через встановлення нових предметних ділянок онтологічних "допущень" (нова предметність) та також через форми усвідомлення пізнавальних результатів (рефлексивність) [7].

Зміна рефлексивності може визначати введення нових з'ясувань та описів, а сумісна трансформація системності, рефлексивності та проблемності – породжувати **нову концептуальність знання**: „Для науки характерна постійна **методологическая рефлексия**. Это означает, что в ней изучение объектов, выявление их специфики, свойств и связей всегда сопровождается - в той или иной мере – осознанием методов и приемов, посредством которых исследуются данные объекты” [5].

Конкретніше, рефлексивність, це свого роду власні нові уявлення, як результат самовдосконалення автора в процесі, та на основі власних смислових пізнавальних пошуків та побудов з послідовним їх авторським використанням.

На конкретному клінічному прикладі, використовуючи власний процес пізнання [15], наводимо особливості еволюції уявлень авторів – рефлексивності в розумінні та тлумаченні патології менісків колінного суглоба.

**Матеріали та методи**

В презентації випадку ми дотримуємося – загальної концепції "Захворювання

суглобів зумовлених спадковою схильністю (ЗСЗС)" [13], на якій базується наше дослідження;

– нашої похідної концепції "Меніскогенний синдром ЗСС" [1];

– класифікації мультифакторіальності [14], яка стала структурною основою для наших міркувань;

– результатів власних попередніх досліджень патології менісків.

**Особливості дослідження**

Наше спостереження, представляємо в двох аспектах:

– з позиції тогодення - нозологічної ортопедії (враховуючи дані історії хвороби);

– з рефлексивних позиції нашого сучасного розуміння ЗСЗС у тому числі, патології менісків колінного суглоба (далі меніски).

Спостереження розглядаємо за трьома історичними (часовими) параметрами, точніше, етапи еволюції уявлень про патологію менісків колінного суглоба.

**Перший етап – 1970-ті роки** коли панували уявлення емпіричної нозологічної ортопедії про патологію менісків як травматичну проблему.

**Другий – 1980-ті роки**, це перехідний етап, формування нових уявлень про патологію менісків, на основі концепції про ЗСЗС.

**Третій етап – 1990-ті та наступні роки**, коли патологія менісків розглядається із позиції зрілих концепцій ЗСЗС та "Меніскогенного синдрому ЗСС" (МС ЗСС), побудованих на принципі інтеграції.

Така порівняльна характеристика та оцінка з одного боку, розкриває суть процесу еволюції уявлень, чи змін у свідомості, як формування нового розуміння проблеми патології менісків, з іншого, дає змогу оцінити коректність діагностично-лікувальної тактики, як справжньої, так і віртуальної (можливої).

Одночасно, на цьому прикладі, ми уточнюємо логічність, конструктивність ефективність та перспективність нашої пізнавальної (діагностичної) системи [15].

Відповідно як приклад наводимо *двоєкий порівняльний аналіз цікавого випадку*: з нозологічних позицій тогодення та з позиції інтеграційної концепції ЗСЗС та МС ЗСС.

Міркування в обох випадках ведемо на основі даних із історії хвороби, власних уявлень та даних із літератури.

#### *Спостереження із практики*

Хвора Р-а А.Б., і. хв. № 22717. Термін спостереження 38 років з 1970 до 2008 р.

**1. Інтерпретація випадку за даними історії хвороби.** У травні 1970 р. у 10-ти літньому віці звернулася зі скаргами на болі, обмеження рухів у лівому колінному суглобі, набряк суглоба. Як слідкує із анамнезу, дівчина присіла та підвернула під себе ліву ногу, при тому відчула тріск і біль. Госпіталізована з тимчасовим діагнозом внутрішнього пошкодження лівого колінного суглоба. Для уточнення діагнозу була виконана рентгенографія (рис.1) та артропневмографія (рис.2), на якій були виявлені аномалії форми обох менісків: боковий типу дисковидного і присередній гіпертрофований з ознаками ушкодження. Діагноз: ушкодження присереднього меніска лівого колінного суглоба. Відповідно 2 червня 1970г. була проведена паракапсулярна резекція присереднього меніска лівого колінного суглоба. Діагноз підтвердився. За даними патоморфологічного дослідження мікроскопічно виявляється ділянка тканини меніска, місцями з гіалінізацією пучків колагенових волокон, нерівномірними забарвленням і розташуванням кліток, що відповідає дистрофічним змінам.

Таким чином маємо справу з хронічним процесом.

Хвора виписана в задовільному стані і з відновленим обсягом рухів.

#### **Стан проблеми патології менісків в 1970-их роках**

На цей час домінуючою була концепція травматичних ушкоджень менісків (як внутрішньосуглобових ушкоджень) [6, 11, 20, 21]. Основним діагностичним засобом була тоді пневмоартрографія колінного

суглоба [6,9].

В цей час виконувалася паракапсулярна резекція меніска, яка давала добрі результати, як радикальне малотравматичне втручання [6,10]. Це втручання свого значення до сьогодні не втратило.

В цей час дисплазія менісків була відома, як факт, та розцінювалася як диспозитивний фактор (сприяючий) ушкодженню.

У серпні 1982 р. (через 12 років після хірургічного втручання) без особливої причини у сні виникла блокада лівого колінного суглоба.

Для уточнення діагнозу була виконана артропневмографія на якій спостерігається дисковидний, боковий меніск, з ознаками його пошкодження та розширення бокової суглобової щілини (рис. 3). Був поставлений діагноз ушкодження дисковидного бокового меніска. 22-го серпня 1982 р проведена операція паракапсулярної резекції бокового меніска лівого колінного суглоба. Діагноз підтвердився. Хвора виписана в задовільному стані з повним обсягом рухів в лівому колінному суглобі.

#### **Стан проблеми в 1980- тих роках**

На цей час дещо змінилися уявлення про патологію менісків.

З'ясовано, що у дітей та підлітків ушкодження диспластичних менісків (в першу чергу, бокового) бувають в шість раз частіше, чим у дорослих [8,12] за рахунок ушкоджень диспластичних менісків.

В наукові дослідження був включений системний підхід, як найбільш прогресивна методологія наукового пізнання, що рівнозначне початкові інтеграційних досліджень в ортопедії [3].

На прикладі аномалій будови виростків великогомілкової кістки та менісків була розкрита можливість взаємодії різних диспластичних аномалій [2].

Розроблена приставка до рентгенівського стола, яка забезпечила досягнення точності укладок та тим самим, можливості рентгенометричних досліджень диспластичної патології [17,18].

Доказана парність диспластичних уражень суглобів, та розкриті її клінічне значення.

Таким чином з позиції нозологічної ортопедії даний випадок логічно розглядається як травматичне пошкодження

диспластичних менісків, що для цього часу слід вважати коректним діагнозом.

При неодноразовому обстеженні хворої у 2006-2008 рр. відмічається задовільний стан колінних суглобів с періодичними загостреннями "синовіту". Об'єктивно: вісь кінцівок вальгусна до кута  $10^\circ$ , контури суглобів звичайної форми, об'єм рухів незначно обмежень. Гіпотрофія 4х головних м'язів стегна. При рухах хруст, незначна біль. На рентгенограмах кут розкриття блоку стегнової кістки  $130^\circ$  (N  $142^\circ$ ), міжфасетковий кут надколінка  $110^\circ$  (N  $140^\circ$ ) та ознаки формування стегново-надколінкового артрозу, більш вираженого зліва на оперованому суглобі (рис. 4), вальгусна деформація обох колінних суглобів, більш виражена зліва, ознаки артроза обох колінних суглобів (рис. 5).

#### **Стан проблеми 90-тих та наступних років**

В процесі подальших спостережень (2006) були чітко з'ясовані генезисні особливості виникнення та розвитку ЗСЗС. Була встановлена парність уражень обох колінних суглобів. Розкриті особливості диспластичної ЗСС патології стегново-надколінкового зчленування описані їх рентгенометричні характеристики [16,19].

Диспластичні меніски, з відповідним порушенням рівноваги навантаження суглоба розглядаються як першопричинний фактор руйнування (без якого руйнування могло би не бути), при експозитивній ролі травми [1,16].

Таким чином була побудована концепція ЗСЗС, як теорія, та методологія її реалізації, що й покладено в основу наших сучасних міркувань.

#### **Інтерпретація випадку з позиції власної пізнавальної тактики**

Подальші міркування ведемо з врахуванням концепцій ЗСЗС та "меніскогенного синдрому ЗСС" [1] на основі нашої пізнавальної тактики [14].

#### **Перший рівень**

##### **„Клінічна симптомна інтеграція“**

У структурній основі даного випадку лежить принаймні (не менше) п'ять різних парних природжених аномалій будови колінних суглобів, як ознак чи симптомів ЗСЗС. Це:

1. Диспластичний дисковидний (інфантильний) боковий меніск;
2. Диспластичний (гіперплазований) присередній меніск;
3. Гіпоплазія задньобокowego краю бокового виростка великогомілкової кістки (симптом "скосу");
4. Гіпоплазія блоку стегнової кістки (кут блоку  $120^\circ$ , в нормі  $140^\circ$ );
5. Гіпоплазія досередньої фасетки надколінка (міжфасетковий кут  $110^\circ$  в нормі  $140^\circ$ ).

#### **Другий рівень**

##### **„Синдромна інтеграція“**

Приведені симптоми (аномалії будови) в обох колінних суглобах у взаємодії формують структурну основу не менше трьох диспластичних ЗСС парних синдромів:

1. Меніскогенного синдрому ЗСС;
2. Вальгусного синдрому;
3. Синдрому порушення рівноваги навантаження стегново-надколінкового зчленування.

#### **Третій рівень**

##### **„Клінічна інтеграція“**

Природно всі наведені синдроми знаходяться в певних силових взаємозв'язках з концентрацією сил в певних критичних зонах навантаження в умовах дії процесів адаптації та пристосування.

Силовий дисбаланс, обумовлений структурними аномаліями має двояку дію на суглоб: деформівну та руйнівну, очевидно, в їх постійній взаємодії.

Далі, в інтеграції наводимо особливості перебігу захворювання у колінних суглобах зокрема з врахуванням факторів „руйнування” та „деформації”.

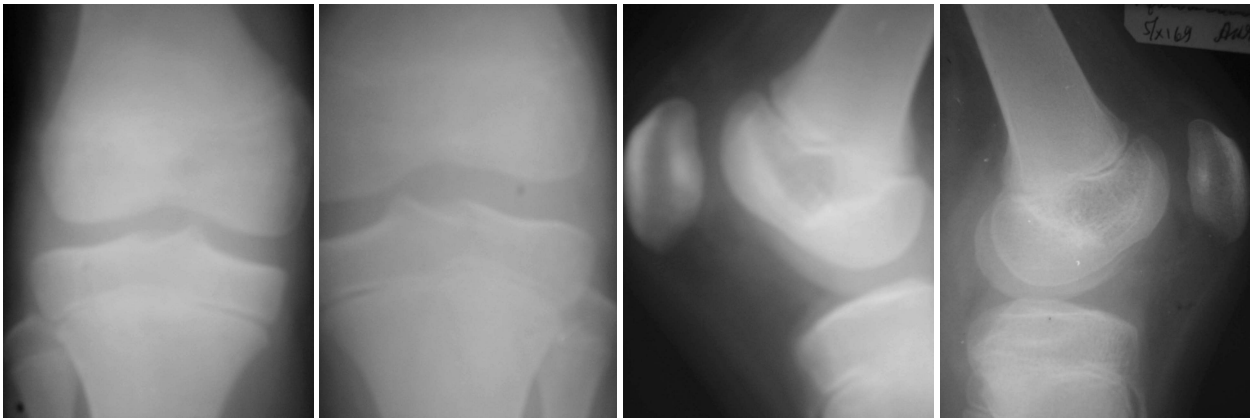
#### **Системна оцінка суглобів**

В одній пізнавальній (діагностичній) системі описуємо стан колінних суглобів у цілому.

#### **Лівий (оперований) колінний суглоб.**

##### **Руйнування**

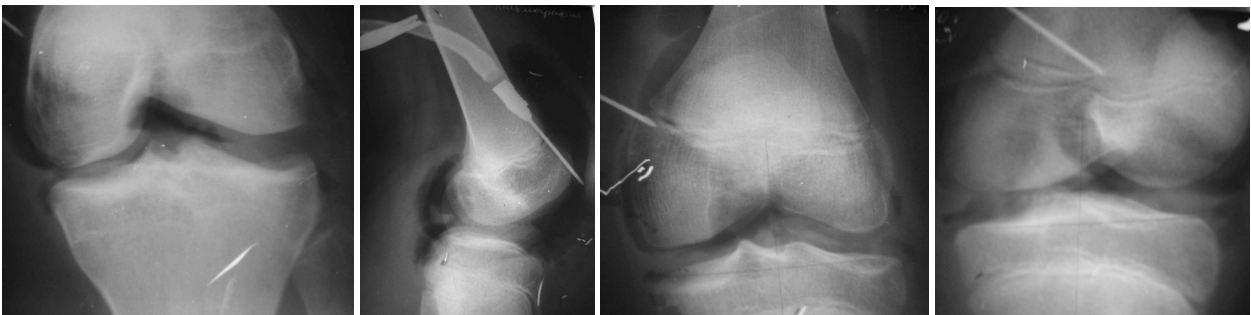
В процесі розвитку захворювання відмічалися: ушкодження (руйнування) присереднього, а далі й бокового менісків лівого колінного суглоба, в умовах вальгусної гіперпресії та порушення рівноваги навантаження стегново-надколінкового зчленування. Очевидно, всі ці фактори є інтеграційованими першопричинними



а б в г

**Рисунок 1**

**Фотовідбитки рентгенограм хв. Р-ої до операції. Розширення бокового відділу суглобової щілини обох колінних суглобів. Високе розташування надколінків.**



а б в г

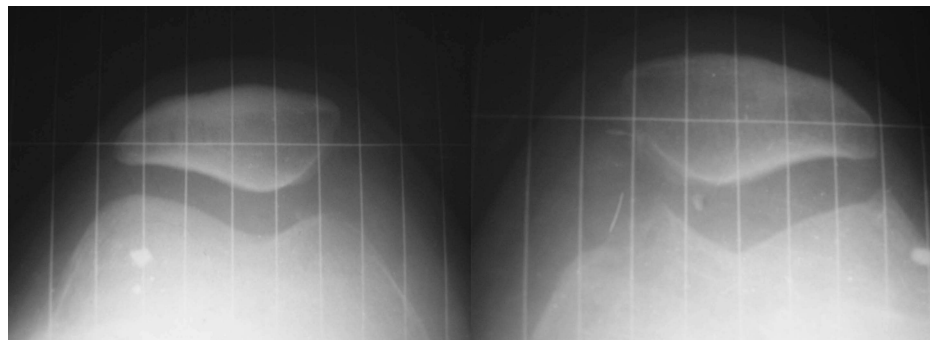
**Рисунок 2**

**Фотовідбитки артропневмограм хв. Р-ої (ушкодження присереднього меніска), дисковидний боковий меніск**



**Рисунок 3**

**Фотовідбитки артропневмограми хв. Р-ої (ознаки пошкодження бокового меніска, стан після видалення присереднього меніска)**



**Рисунок 4**

**Фотовідбитки аксиальних рентгенограм хв. Р-ої** (синдром латеральної гіперпресії надколінків, 36 років після операції на присередньому меніску) кут розкриття блоку стегнової кістки  $130^\circ$  (N  $142^\circ$ ), міжфасетковий кут накілінка  $110^\circ$  (N  $140^\circ$ ) та ознаки формування стегново-накілінкового артрозу, більш вираженого зліва на оперованому суглобі.

факторами руйнування суглобового хряща різної інтенсивності. Таким чином складається поліфакторна тригерна (пускова) ситуація для переходу процесів на стадію хронічної дисрегенерації, як морфологічного субстрату „артриту-артрозу”. Мабуть вальгусна деформація та аномалії будови стегново-надколінкового зчленування не менш важливі артрозогенні фактори, чим ушкодження (до того ж, як результат аномалії навантаження) менісків.

#### **Деформація – операція – деформація**

Оперативні втручання в лівому колінному суглобі очевидно мають свою артрозогенну дію:

- видалення присереднього меніска сприяє дисбалансу сил в суглобі, зокрема, “синдрому вальгуса” з переважанням бокового відділу суглоба з “вальгусним ефектом”. А як наслідок – руйнування бокового меніска.

У свою чергу, видалення бокового меніска неминуче призвело до подальшого посилення дисбалансу сил, з перевагою тих, що діють на вальгус, в наслідок чого  $\alpha \approx 10^\circ$  (до кута  $10^\circ$ ).

#### **Правий колінний суглоб**

Фактично у обстеженні до уваги не приймался. Насправді:

– в процесі спостереження та обстеження в правому колінному суглобі мали місце;

– такі же аномалії будови (парність уражень суглобів);

– ті же диспластичні ЗСС синдроми, але захворювання протікало без грубих руйнувань на квазіпатичній, а далі на млявій патичній стадії, про що свідчить прихований розвиток артрозних змін.

#### **Реактивний процес у суглобах**

Так чи інакше, в обох колінних суглобах постійна (хронічна), млява дія руйнівних сил (обумовлених силовими деформаціями), викликає мляво прогресуючий реактивний запально-дистрофічний процес, більш видний у лівому колінному суглобі. Процес цей протікає за моделлю: “регенерація” – “патологічна регенерація” – “дисрегенерація” [14], що клінічно реалізується як “артрит” – “артрозо-артрит” – “артроз”.

На правому колінному суглобі оперативних втручань не виконувалось. В наслідок подібних аномалій будови, а власне – гіпоплазії бокового виростка великогомілкової кістки, вальгусної деформації у колінному суглобі, високого розташування наколінка, аномалій будови блоку стегнової кістки, при більш прихильному перебігу захворювання також сформувалися артрозні зміни що маніфестують в дещо меншому ступені (рис. 4, 5).

#### **Остаточний ретроспективний інтеграційний діагноз**

В процесі формування діагнозу ми в основному пристосовувалися до рекомендацій Міжнародної статистичної класифікації хвороб МКХ-10 1999 р. Остаточо, на момент огляду в 2006 році, діагноз можна поставити так.

**Лівий колінний суглоб.** Мають місце ЗСС синдроми: меніскогенний, вальгусний, порушення рівноваги навантаження стегново-надколінкового зчленування. Стан після видалення диспластичних менісків, виражені артрозні зміни.

**Правий колінний суглоб.** ЗСС синдроми: меніскогенний, вальгусний, порушення рівноваги навантаження стегново-надколінкового зчленування, початкові артрозні зміни

Таким чином, ЗСЗС як особлива група мультифакторіальних захворювань потребує свого особливого порядку чи “регламенту” формування інтеграційних діагнозів, якого (порядку) поки що не існує. В цьому напрямку і ведуться дослідження.

#### **Оцінка результатів хірургічного втручання**

Коли в ситуації травматичного ушкодження меніска колінного суглоба операційне втручання є радикальним, то в умовах диспластичної патології ситуація куди складніше. Адже ж після операції залишається причина руйнування (структурний та силовий дисбаланс), який продовжуватиме свою руйнівну дію.

В такому випадку видалення ушкодженого меніска є не тільки радикальним втручанням, а в багатьох випадках ускладнює біомеханічну ситуацію у суглобів. Це явище ми часто спостерігали після видалення ушкодженого меніска в умовах

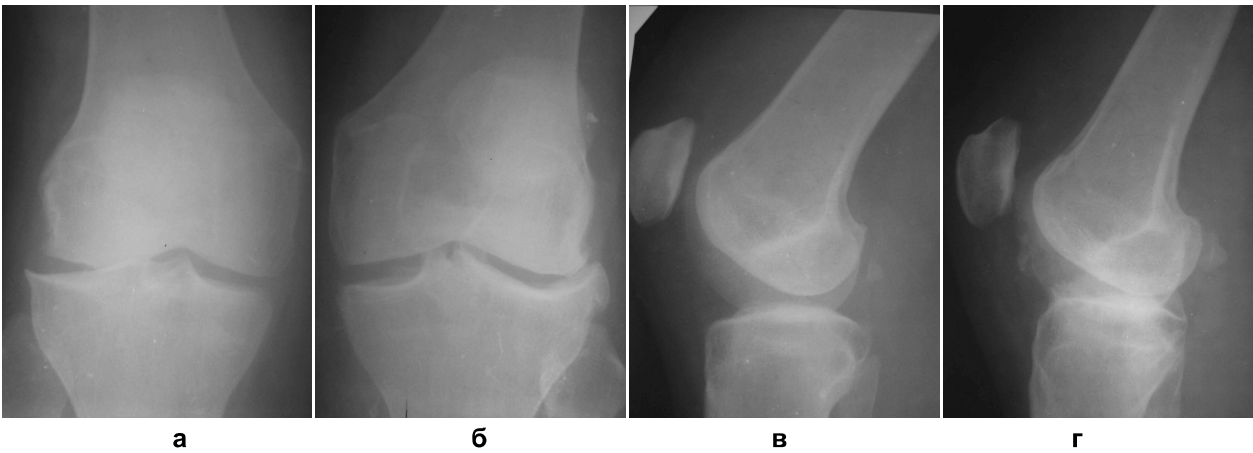


Рисунок 5

Фотовідбитки рентгенограм хв. Р-ой (36 років після видалення присереднього меніска, 24 р. після видалення бокового меніска лівого колінного суглоба). Артроз обох колінних суглобів

нестабільності надколінка та при варусній деформації колінного суглоба.

#### **Прогностичні аспекти**

Очевидно, що після видалення бокового меніска, при гіпоплазії бокового виростка великогомілкової кістки та при вальгусній конфігурації колінного суглоба збільшиться навантаження на боковий відділ суглоба. Власне так і сталося. Відповідно збільшилася вальгусна деформація кінцівки  $\approx 10^\circ$ , що дозволяє передбачати активний розвиток вальгусного артрозу у лівому колінному суглобі уже з раннього віку. Очевидно в правому колінному суглобі в присутності тих же трьох синдромів слід теж рахуватися з можливістю декомпенсації та розвитком артрозних змін.

#### **Перспектива**

В найкращому випадку при своєчасному лікуванні (наприклад, девальгуючий остеотомія), можна розраховувати на ефективне (но не радикальне) вилікування з довгою ремісією, тому що усунути всі аномалії з повною корекцією навантаження неможливо.

#### **Можливості подальшої лікувальної тактики**

Так, як в основі захворювання лежать біомеханічні чинники, то його лікування (корекція), зокрема профілактичне може бути тільки хірургічне.

1. Враховуючи зміни у ФПС і початкові явища стегново-надколінкового артрозу показана декомпресія стегново-надколінкового зчленування через бокове звільнення надколінків. Як показали наші

дослідження, така операція малотравматична, але високо ефективна.

2. Враховуючи прогресуючу вальгусну деформацію лівого колінного суглоба з відповідною клінікою руйнування бокового відділу суглоба, показана висока остеотомія (девальгуюча) лівої гомілки.

3. Зберігаючий режим, а у випадках загострення реактивного процесу – протибольове і протизапальне лікування.

#### **Висновки**

Наведені різні розуміння і тлумачення патології менісків:

– “*нозологічне*”, як травматичних пошкоджень диспластичних менісків колінного суглоба, при якому артроз розглядається як результат не радикальності та травматичності хірургічного втручання, та

– *інтеграційне*, системне, побудоване згідно з концепцією ЗСЗС з врахуванням особливостей ЗСС синдромів з врахуванням системності, реактивності та ролі факторів зовнішнього середовища. Відповідно така концепція принципово відрізняється за розумінням суті захворювання, та його тлумаченням; за особливостями його діагностики, за особливостями лікувальної (хірургічної) тактики та за прогнозними аспектами.

В наведеному клінічному прикладі у порівнянні чітко розкриваються особливості клінічного нозологічного підходу, та нашої пізнавальної інтеграційної тактики.

Тільки за одне покоління (30 років) під впливом нової ідеї ЗСЗС суттєво змінилися уявлення про патологію менісків колінного суглоба. Тим самим за цей ко-

роткий час нова парадигма обумовила суттєві зміни в уявленнях та, відповідно і в діагностично-лікувальній (хірургічній) тактиці при патології менісків колінного суглоба.

Це ярий приклад рефлексивного самовдосконалення авторів на основі власної парадигми з послідовною широкою практичною реалізацією нової концепції. Про коректність такого підходу переконливо свідчать результати артроскопічних втручань на менісках, що виконані в ІПХС [4].

### Література

1. Бабуркіна Е.П., Менискогенный синдром колленого сустава обусловленный наследственной предрасположенностью, диагностические регулятивы // Ортопедия., травматология и протезирование. 2006. №4. С.36-41.
2. Баев Г.М. Дисплазия проксимального эпифиза большеберцовой кости: (Клинич. и рентгенол. диагностика)- Дис...канд.мед. наук: 14.00.22. Харьков. 1981. 199 с.
3. Корж А.А. Сименач Б.И. Системный подход в ортопедии и травматологии на примере поврежденный сумочно-связочного аппарата колленого сустава // Ортопедия, травматология и протезирование 1979 №7. С.1-7; 1980. №7. С.1-7.
4. Корж Н.А., Сименач Б.И., Болховитин П.В. и др. Роль артроскопии при наследственно предрасположенной патологии колленого сустава у профессиональных спортсменов // Травматология и ортопедия России. 2006. №2(40). С.160-161.
5. Кохановский В.П., Лешкевич Т.Г., Матяш Т.П., Фатхи Т.Б. Основы философии науки: Учеб. Пособие для аспирантов 4-е изд. Ростов н/Д: «Феникс», 2007. 603с.
6. Миронова З.С. Хирургическая тактика при повреждениях менисков // Ортопедия, травматология и протезирование. 1973. №4. С.71-74.
7. Пути формирования нового знания в современной науке / под.ред. Поповича М.В. К.: Наукова думка, 1983. 231с.
8. Самойлович Э.Ф., Шаклычев О.К., Серафим Ю.Я. Хирургическая патология колленого сустава у детей. М., 1993. 150с.
9. Сименач Б.И. К вопросу о значении пневмоартрографии в диагностике внутренних поврежденных колленого сустава // Вестн. рентгенологии и радиологии. 1963, №3. С.27-35.
10. Сименач Б.И. Резекция менисков колленого сустава из комбинированного переднезаднего доступа // Ортопед. травматол. 1969. №5. С.39-43.
11. Сименач Б.И. О хирургическом лечении поврежденных менисков колленого сустава // Ортопед. травматол. 1971. №10. С.45-49.
12. Сименач Б.И. Патология менисков колленого сустава у детей и подростков // Ортопед. травматол. 1977. №3. С.56-60.
13. Сименач Б. Спадково схильні захворювання суглобів: Теоретико-методолог. обґрунтування (на моделі колінного суглоба). Харків, 1998. 120 с.
14. Сименач Б., П. Снісаренко П., Бабуркіна О, Зеленецький І., Гачкевич Г. Мультифакторіальність як пошуковий критерій (на моделі захворювань суглобів та хребта зумовлених спадковою схильністю) // Ортопед. травматол. 2005. № 2. С 110-114.
15. Сименач Б.І., Бабуркіна О.П. Зумовлені спадковою схильністю захворювання суглобів. Побудова їх пізнавальної тактики (на моделі колінного суглоба) // Ортопедия, травматология и протезирование. 2009. №41, С.
16. Спадково схильні захворювання суглобів. Побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба) / Під.ред.Б.Сименача.- Харків, 1999. 393с.
17. А.С. 1588393. Способ рентгенодиагностики дисплазии колленых суставов / Сименач Б.И., Суркин Н.П., Нестеренко С.А., Ишханова Р.А *Бюл. № 32. 1987.*
18. А.С. № 1720635. Устройство для рентгенодиагностики заболеваний колленых суставов / Сименач Б.И., Пустовойт Б.А., Нестеренко С.А., Кобихидзе Н.И., Маковоз Е.М., Суркин Н.П., Михайлов С.Р., Ефименко В.И. *Бюл. № 11.-23.03.92.*
19. Ficat P. *Pathologie femoro-patellaire.* Paris, 1979
20. Ricklin P., Ruttiman A., Buono M.S.D. *Die meniskuslasion. Diagnostik, differential diagnostic und therapie.* Stuttgart, 1980. 130 p.
21. Wirth C.J., Rodriguenz M., Milachwski K.A. *Meniskusnacht – Meniskusersatz.* Stuttgart– New York: Georg Thieme, 1988. 144s.

*Поступила в редколлегію*

**Обусловленные наследственной предрасположенностью заболевания суставов. Рефлексивность, как основная функция нового знания и как критерий процесса познания**

/ Сименач Б.И., Бабуркина Е.Д. // Медицина и... 2009. № 1(23). С. 55-61.

*В приведенном клиническом примере раскрываются особенности клинического нозологического подхода и нашей познавательной интеграционной тактики. За 30 лет под воздействием новой идеи заболеваний суставов, обусловленных наследственной предрасположенностью существенно изменились представления о патологии менисков коленного сустава. Новая парадигма обусловила существенные изменения во взглядах на диагностическую и лечебную (хирургическую) тактики при патологии менисков коленного сустава.*

*Ключевые слова: Заболевания, обусловленные наследственной предрасположенностью, коленный сустав, патологии менисков.*

**Зумовлені спадковою схильністю захворювання суглобів. Рефлексивність як основна функція нового знання та , як критерій процесу пізнання / Сіменач Б.І., Бабуркіна О.П. // Медицина і... 2009. № 1(23). С. 55-61**

*У наведеному клінічному прикладі розкриваються особливості клінічного нозологічного підходу й нашої пізнавальної інтеграційної тактики. За 30 років під впливом нової ідеї захворювань суглобів, зумовлених спадковою схильністю суттєво змінилися уявлення про патологію менисків колінного суглобу. Нова парадигма обумовила суттєві зміни уявлень в діагностичній та лікувальній (хірургічній) тактиці при патології менисків колінного суглобу.*

*Ключові слова: захворювання суглобів, обумовлені спадковою схильністю, колінний суглоб, патологія менисків.*

**The diseases of joints caused by hereditary predisposition. Reflexivity, as the basic function of new knowledge and as criterion of process of knowledge**

/ Simenach B.I., Baburkina E.D./Medicine and ... 2009. № 1 (23). С.55-61

*In the resulted clinical example features clinical nosological the approach and our informative integration tactics reveal. For 30 years under the influence of new idea of diseases of the joints caused by hereditary predisposition representations about a pathology of meniscuses of a knee joint have essentially changed. The new paradigm has caused essential changes in sights on diagnostic and medical (surgical) tactics at a pathology of meniscuses of a knee joint.*

*Keywords: the Diseases caused by hereditary predisposition, a knee joint, pathologies of meniscuses.*