

Титишина П.А.

ГЕМОФИЛИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Научные руководители: канд. мед. наук., доц. Чантурия А.В., Дубовская С.В.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск

Актуальность. Патогенез гемофилической артропатии весьма сложен. В его основе лежат повторяющиеся гемартрозы, которые вызывают геморрагическое воспаление синовиальной оболочки, активацию перекисного окисления липидов, катализируемую геминным железом, и хроническую гипоксию тканей. Это приводит к гиперплазии синовиоцитов, неоангиогенезу, фиброзу, деструкции хряща, внутрикостным кровоизлияниям. Исходом данных процессов является полное разрушение суставных структур, что существенно снижает качество жизни пациентов и приводит к их ранней инвалидизации.

Цель: изучить структуру и динамику развития гемофилической артропатии.

Материалы и методы. Отобрано и изучено 40 медицинских карт пациентов, обратившихся в ГУ «МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии», УЗ «Минская областная клиническая больница», ГУ «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии» в 2020-2026 гг. Критерии включения: уточненная форма гемофилии (А и В), среднее или тяжелое течение, уточненный титр ингибитора, наличие данных визуализационных методов с морфологическими признаками поражения суставов. Пациенты (n=40) были разделены на 3 группы: 5-12 лет (n=6), 13-26 лет (n=15), 27-69 лет (n=19). Для оценки значимости различий между группами применялся критерий соответствия Хи-квадрат (χ^2). Анализ данных проводился с использованием статистического пакета Microsoft Excel и языка программирования Python.

Результаты и их обсуждение. В первой группе поражались голеностопные суставы (54,5%), коленные (27,3%) и локтевые (18,2%). Во второй: голеностопные – 51,6%, коленные – 22,6%, локтевые – 19,4%, плечевые суставы (6,5%). В третьей: коленные суставы (37,3%), голеностопные (23,9%), плечевые (6,0%), тазобедренные (17,9%) и лучезапястные (4,5%). Медиана возраста поражения голеностопных суставов: 15 [6,5;40], локтевых – 25 [7;47]; коленных – 34 [10;52], плечевых – 34,5 [19;55], тазобедренных – 55 [38;62], лучезапястных – 60 [44;66]. Частота поражения тазобедренных суставов достоверно увеличивается с возрастом ($\chi^2 = 9,38$; $p < 0,01$). Двустороннее поражение голеностопных суставов отмечалось в 42,31% случаев, локтевых – в 33,33%, коленных – в 50%, тазобедренных – в 62,5%. В группах сравнивалось наличие остеофитов: показано значимое увеличение частоты их встречаемости с возрастом ($\chi^2 = 20,71$; $p < 0,01$). Проявления терминальной стадии гемофилической артропатии (остеолизис, обызвествление синовиальной оболочки, нарушение оси конечности, анкилоз) встречались только в третьей группе.

Выводы. Гемофилическая артропатия характеризуется ранним дебютом и прогрессирующим течением, в связи с чем существует необходимость подбора персонализированной терапии геморрагического синдрома и контроля ее эффективности. Патологический процесс в нижних конечностях носит восходящий характер, что обусловлено изменением их биомеханики, перегрузкой и дегенерацией вышележащих суставов. Наибольшая частота двустороннего поражения тазобедренных суставов (62,5%) отражает финальную стадию восходящей артропатии: исчерпав возможность распространения вверх, в процесс симметрично вовлекается парный сустав.