

**ИНЦИДЕНТНОСТЬ АНОМАЛИЙ ТРОПИЗМА СУСТАВНЫХ ОТРОСТКОВ
НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

Борсук С. В., Назаренко И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Юрковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром боли в нижней части спины (СБНС) является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний у детей и взрослых (распространенность у детей и взрослых 10,2 % и 12–33 %, соответственно) [1–3]. Возникновение СБНС связывают с разнообразными функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата. При этом в качестве одной из наиболее частых причин возникновения СБНС (по некоторым данным в 40 %) является спондилартроз [2], который у детей и подростков чаще всего (в 81 % случаев) встречается на уровне L_V-S_I и $L_{IV}-L_V$ [3]. То есть, именно на тех уровнях, на которых чаще всего встречается такой вариант дисплазии, как аномалия тропизма (АТ) суставных отростков (на уровне $L_{III}-L_{IV}$ частота этой аномалии составляет 34,5 %, $L_{IV}-L_V$ — 35,1%, L_V-S_I — 35,2 %). Взаимосвязь которой с дистрофическими изменениями дугоотростчатых суставов подтверждена на уровне $L_{IV}-L_V$ [4].

Указанная аномалия, представляющая собой вариант выраженной асимметрии (т. е. более 5–7°) суставных поверхностей коллатеральных дугоотростчатых суставов, как полагают, может привести к биомеханической неустойчивости позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) и, как следствие, к более ранним, чем обычно, дистрофическим изменениям структур ПДС с исходом в СБНС.

Точные сроки формирования АТ неизвестны. Хотя можно предположить (если исходить из данных У. М. Masharawi с соавт.), что у девочек этот процесс заканчивается примерно к 12 годам, а у мальчиков — позже [5]. А вот когда конкретно? На этот вопрос в статье ответа нет. В связи с этим и возникает необходимость в более точном определении сроков формирования АТ у мальчиков.

Цель

Определение периода наибольшей инцидентности АТ у детей и подростков.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели проведено изучение рентгеноспондилограмм 112 детей и подростков в возрасте от 10 до 17 лет включительно, проходивших обследование в рентгеновских кабинетах Гомельской центральной городской детской поликлиники и Мядельской ЦРБ.

Оценка положения суставных фасеток проводилась согласно М-Н. Shin с соавт. [5]. Асимметрия положения коллатеральных суставных фасеток расценивалась, как АТ только в случае, если разница превышала 5°. Статистический анализ проводился с применением программы «Statistica» 8.0, StatSoftInc.

Результаты и обсуждение

В обследованной группе АТ на различных уровнях поясничного отдела позвоночника была выявлена у 38 (34 %) пациентов. Распределение случаев АТ в зависимости от возраста и уровня представлены в таблице 1.

Как следует из данных, представленных в таблице 1, наиболее высокая инцидентность АТ отмечалась в возрасте 15 лет с последующим снижением количества выявленных аномалий к 17 годам (более наглядно это представлено на рисунке 1). Наиболее часто (точнее — в 13 случаях) АТ отмечалась на уровне ПДС $L_{III}-L_{IV}$, что, возможно, обусловлено тем, что через данный ПДС проходит гравитационная ось и, как следствие, функциональные наруше-

ния пространственного положения костей стоп, коленных, тазобедренных или крестцово-подвздошных суставов будут приводить к адаптивному изменению структурных элементов данного ПДС, а в случае срыва адаптационных возможностей — к формированию АТ.

Таблица 1 — Инцидентность АТ в зависимости от возраста и локализации

Возраст	L _{III} -L _{IV}	L _{IV} -L _V	L _V -S _I	Итого	%
10–12 лет	2	0	1	3	8
13 лет	1	0	0	1	2,6
14 лет	4	2	1	7	18,4
15 лет	3	3	4	10	26,3
16 лет	2	2	2	6	15,8
17 лет	1	1	1	3	8

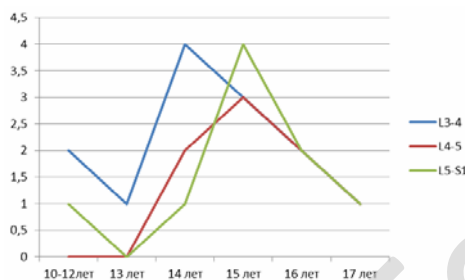


Рисунок 1 — Выявляемость АТ в различные возрастные периоды

Как следует из рисунка 1, наибольшее количество случаев АТ было выявлено у пациентов в возрастном периоде 14–15 лет. То есть к моменту завершения второго семилетнего периода качественных преобразований морфологии скелета [3]. Таким образом, динамика выявляемости ранее не диагностированных случаев АТ, представленная на рисунке 1 дает основания полагать, что после 17 летнего возраста вероятность диагностирования новых случаев АТ будет низка, а к исходу следующего семилетнего периода — маловероятна.

Выводы

1) возрастной период 14–15 лет является фактором диагностического внимания в плане выявления АТ, так как, судя по всему, именно в этот период формируется большинство случаев АТ;

2) зоной наиболее высокого риска возникновения АТ является уровень L_{III}-L_V.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sato, T. Bone and joint diseases in children. Low back pain in children / T. Sato // Clin. Calcium. — 2010. — Vol. 20, № 6. — P. 887–895.
2. Boyajian, S. S. Using image-guided techniques for chronic low back pain / S. S. Boyajian // J. Am. Osteopath. Assoc. — 2007. — Vol. 107, № 11. — P. 53–59.
3. Орел, А. М. Возрастные аспекты эпидемиологии дегенеративно-дистрофических изменений межпозвонковых дисков по данным системного анализа рентгенограмм позвоночника / А. М. Орел // Мед. визуализация. — 2010. — № 5. — С. 113–121.
4. Relationship of facet tropism with degeneration and stability of functional spinal unit / M. H. Kong [et al.] // Yonsei Med. J. — 2009. — Vol. 50, № 5. — P. 624–629.
5. Masharawi, Y. M. Lumbar facet and interfacet shape variation during growth in children from the general population: a three-year follow-up MRI study / Y. M. Masharawi [et al.] // Spine. — 2009. — Vol. 34, № 4. — P. 408–412.

УДК 616.716-006.6-036.88(476)«1999-2013»

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В БЕЛАРУСИ В 1999–2013 ГГ.

Борщева Ю. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов
Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Опухоли челюстно-лицевой области (ЧЛО) объединяют новообразования каймы губ, слизистой оболочки рта, слюнных желез, мягких тканей лица, костей лицевого чере-