

3. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлузов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М.: «Бином-пресс», 2004. – 304 с.
4. Саввин Ю.Н., Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С. и др. Является ли внутрибрюшная гипертензия причиной полиорганной недостаточности при деструктивном панкреатите? // Воен.-мед. журн. – 2006. – № 11. – С. 26-30.
5. Buter A., Imrie C.W., Carter C.R. et al. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis // Br J Surg. – 2002. – Vol. 89. – P. 298-302.
6. Connor S., Neoptolemos J.P. Surgery for pancreatic necrosis: whom, when and what // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 10. – P. 1697-1698.
7. De Waele J.J., Hesse U.J. Life saving abdominal decompression in a patient with severe acute pancreatitis // Acta Chir Belg. – 2005. – P. 96-98.
8. De Waele J.J., Hoste E.A., Blot S.I. et al. Intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis // J Crit. Care. – 2005. – Vol. 9 (4). – P. 452-457.
9. Gecelter G, Fahoum B, Gardezi S, Schein M. Abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis: an indication for a decompressing laparotomy? // Dig. Surg. – 2002. – P. 402-404.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

© Николаев С.А. <sup>♣</sup>, Каралин А.Н. <sup>♦</sup>,  
Кокуркин Г.В. <sup>♥</sup>, Кокуркин Г.Г. <sup>♠</sup>

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

В статье представлен взгляд на этиологию синдрома «гусиной лапки». В области коленного сустава имеется зона наивысшей функциональной нагрузки, которая, в силу своих анатомо-биомеханических особенностей, кумулирует на себе все изменения, происходящие в параартикулярных тканях. Это обстоятельство позволяет отнести нам эту зону к триггерам, которые при определенных этиологических факторах генетических, бытовых, профессиональных, возрастных, воспалительных, биомеханических и психо-эмоциональных запускают патологический процесс в параартикулярных тканях, клинически проявляющийся в виде болевого синдрома. Такой зоной в области коленного сустава является область «гусиной лапки». С морфологической точки зрения эта патология можно разделить на три группы: 1) воспалительные заболевания, 2) генеративно-дистрофические и 3) травматические.

<sup>♣</sup> Врач ортопед-травматолог МУЗ ГДБ № 3, аспирант кафедры Экстремальной медицины.

<sup>♦</sup> Заведующий кафедрой Экстремальной медицины, доктор медицинских наук, профессор.

<sup>♥</sup> Заведующий кафедрой Фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

<sup>♠</sup> Студент 6-го курса факультета «Лечебное дело».

Несмотря на современные успехи диагностики и лечения ортопедической и травматической патологии коленного сустава, все еще имеются ошибки в диагностике (патологии коленного сустава). К диагностическим ошибкам следует отнести случаи неправильной трактовки жалоб больных и оценки клинических признаков.

Целью наших исследований явилось: изучение этиологических факторов энтезопатических патологий в области коленного сустава.

Энтезопатии – патологический процесс в энтезах: в местах прикрепления к кости сухожилий, связок, суставных капсул, а также бурс (слизистых сумок в области суставов).

К околосуставным тканям можно отнести фасции, апоневрозы и мышцы, окружающие сустав. Каждое из этих анатомических образований может, в силу тех или иных причин, вовлекаться в реактивный воспалительный процесс, имеет свое клиническое проявление и название:

- тендинит (воспаление сухожилия);
- тендовагинит (воспаление сухожильного влагалища);
- тендобурсит (воспаление сухожилия и бурсы, слизистой сумки);
- энтезопатии (воспаление энтезисов);
- лигаментит (воспаление связок);
- фиброзит (воспаление апоневроза и фасции);
- миотендинит (воспаление участка мышцы, переходящей в сухожилие);
- миозиты (воспаление мышцы).

В практике, все эти патологические процессы попадают, нередко, в общее понятие – периартрит. Под ним понимается поражение околосуставных тканей, без четкой топографической локализации. Но для патогенетической терапии патологического процесса важно конкретно локализовать очаг поражения. Для коленного сустава существует широкое определение параартикулярного патологического процесса под названием «подколенный синдром». Но оно не дает никаких конкретных указаний врачу. Это понятие свидетельствует только об общей локализации патологического процесса. В то время, как под ними скрываются различные патологические процессы и различные периоды их течения.

В области коленного сустава и в области плечевого сустава имеются зоны наивысшей функциональной нагрузки, которые, в силу своих анатомо-биомеханических особенностей, кумулируют на себе все изменения, происходящие в параартикулярных тканях. Это обстоятельство позволяет отнести нам эти зоны к триггерам (курковым зонам), которые при определенных этиологических факторах запускают патологический процесс в параартикулярных тканях, клинически проявляющийся в виде болевого синдрома. В области коленного сустава такой зоной является область «гусиной лапки».

С точки зрения этиологии, болевой синдром в коленном суставе является мульти-факториальным, обусловленным воздействием генетических, бытовых, профессиональных, возрастных, воспалительных, биомеханических и психоэмоциональных факторов риска. Поэтому вся патология крупных суставов, общим признаком которых является болевой синдром, с морфологической точки зрения можно разделить на три группы:

1. воспалительные заболевания;
2. генеративно-дистрофические;
3. травматические.

А так как в хрящевой ткани отсутствуют кровеносные сосуды и нервные окончания, артралгические боли, по мнению большинства артрологов обусловлены:

1. возникновением микропереломов;
2. венозным застоем (нарушением микроциркуляции) в субхондральной кости;
3. синовитом;
4. поражением капсулы сустава;
5. дегенеративно-дистрофическими и реактивными изменениями сухожилий, мышц, связок, бурс (энтезопатии).

Все это, с учетом клинической манифестации болевого синдрома, позволяет выделить три основные группы больных с:

1. интраартикулярными;
2. экстраартикулярными;
3. параартикулярными артралгиями [10, 13].

Параартикулярный болевой синдром развивается, главным образом, за счет патологических изменений в зоне энтезов (энтезопатии). Поэтому, подробно описанный нами синдром «гусиной лапки» мы относим к самостоятельной нозологической патологии: параартикулярной артропатии (по международной статистической классификации – М.76.9: энтезопатиям коленного сустава) – параартикулярный энтезопатический артралгический синдром «гусиной лапки». В литературе мы не нашли описание данного симптомокомплекса как самостоятельной нозологии при патологии коленного сустава. Имеется только краткое описание подколенного синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.

Болезненные околоосуставные мышечные (миодистрофические синдромы) уплотнения имеют несколько стадий развития:

- I стадия – функциональная, миотоническая;
- II стадия – дистрофическая, миофиброзная.

Возникновение болезненных околоосуставных мышечных уплотнений объясняется рефлекторным раздражением импульсами с пораженного сустава, с последующим нарушением их микроциркуляции, развитием гипоксии и ацидозом.

Кроме этого, развитие миодистрофического синдрома возможна в результате пато-логических импульсов из пораженного позвоночника [2].

Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. (1995) указывают несколько этиологических факторов развития миодистрофического синдрома околоуставных мышц [14]:

1. ревматоидный васкулит;
2. рефлекторное звено сустав – мышца;
3. длительная гиподинамия сустава;
4. поражение нейромоторного аппарата (периферического, спинального, супраспинального);
5. первичное поражение мышц – миозит;
6. стероидная миопатия.

По нашему мнению к другим этиологическим фактором патологических изменений в параартикулярных тканях, в частности в зоне «гусиной лапки», относятся:

1. нейротрофические нарушения;
2. эндокринная патология;
3. врожденная неполноценность соединительно-мышечной ткани (дисплазии);
4. нарушение рессорной функции сустава;
5. нарушение центра тяжести;
6. сочетания этих причин.

Нередко в клинической практике каждого ортопеда-травматолога наблюдаются случаи, когда пациенты обращаются за помощью с довольно стойкими болями в области коленного сустава. На основании клинко-рентгенологических данных ставятся диагнозы: повреждение внутреннего мениска, артрозо-артрит, лигаментит, киста мениска, болезнь Пеллегрини-Штидта, ушиб, периостит и т.д. Консервативное лечение у них часто малоэффективно, или дает кратковременный успех. Оперативное вмешательство при подозрении на повреждение внутреннего мениска, не всегда подтверждается (мениск оказывается не поврежденным). После операции эти больные по-прежнему продолжают обращаться за помощью с теми же жалобами, что и до операции. Стойкие жалобы на боли вынуждают проводить ревизию сустава под предлогом оставления части мениска во время первой операции, но, как правило, положительный эффект отсутствует.

Наблюдая этих больных, мы обратили внимания на типичность анамнеза и клинической картины, несмотря на разнообразия диагнозов, с которыми обращались больные.

В анамнезе больных часто фигурирует травма коленного сустава, операции по поводу повреждения мениска, функциональная перегрузка особенно у спортсменов (длительное стояние на ногах; длительная ходьба, бег). Характерны неоднократные обращения к врачам, проведение различ-

ных лечебных процедур, но без длительной ремиссии, или без эффекта. Иногда отмечают неустойчивость в суставе, реже блокады, хруст. Т.е. жалобы могут свидетельствовать о той или иной патологии сустава. Но на первый план, как правило, выступают жалобы на боли неопределенного характера в области коленного сустава, где-то внутри сустава. Характер болей – нередко тянущий, ноющий, мозжащий. Походка нарушена: прихрамывают, иногда ходят с палочкой.

При хронических перенапряжениях и хронической микротравматизации происходят значительные морфологические изменения в миоэстетическом аппарате и превращается в «систему жесткого крепления».

К одним из этих изменений относятся и мышечный гипертонус в зоне «гусиной лапки».

Таким образом, к этиологическим факторам развития синдрома «гусиной лапки» можно отнести:

1. нарушение рессорной функции крупных суставов нижней конечности (тазобедренного, коленного);
2. длительную функциональную нагрузку на нижнюю конечность;
3. смещение центра тяжести туловища (остеохондроз поясничного отдела позвоночника).

#### **Список литературы:**

1. Багненко С.Ф. Сочетанная механическая травма: учебно-методическое пособие. – СПб., 2006. – Вып. 18. – 78 с.
2. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Т. Диагностика симптомов остеохондроза позвоночника. – Казань: Издательство Казанского университета, 1990. – 208 с.
3. Гаджиева Л.Б., Шубин С.В. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей. – М.: Медицина, 1995. – 267 с.
4. Длигач Д.Л., Иоффе Л.А. Локальная декомпрессия и работоспособность. – Л., 1982. – 372 с.
5. Дубилей П.В., Уразаев З.В. Восстановление функциональных расстройств опорно-двигательного аппарата у спортсменов. – Казань: Издательство Казанского университета, 1989. – 173 с.
6. Заславский Е.С. Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы (обзор) // Клин. мед. – 1976. – Т. 4, № 5. – С. 7-13.
7. Иванов И.И., Коровкин Б.Ф., Панаев Г.Н. Биохимия мышц. – М., 1977. – 235 с.
8. Каралин А.Н. Закрытый остеосинтез при лечении переломов верхней конечности: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Чебоксары, 1988. – 35 с.
9. Каралин А.Н. Способ диагностики контрактуры коленного сустава / патент RU № 2321342 с1. Бюл №10. 2008.

10. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.
11. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 319.
12. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы – М.: Медицина, 1993. – С. 349-350.
13. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 215-216.
14. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО β-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36**

**© Трапезникова Б.В.\* , Ильина Э.А.♦**

Медицинский институт Сургутского государственного университета,  
г. Сургут

Оценивали влияния кардиоселективного β<sub>1</sub>-адреноблокатора небиволола на качество жизни у пациентов с ИБС и гипертонической болезнью с сопутствующей ХОБЛ. Нами использовался наиболее распространенный в настоящее время опросник качества жизни Version 2 of the SF-36 Medical Outcome Study Short-Form Health Survey. После 6 месяцев наблюдения отмечено достоверное улучшение показателя качества жизни в шкале «физическое функционирование» у пациентов, получавших небиволол, по сравнению с группой контроля (верапамил).

*Актуальность:* известно, что тяжесть и прогноз ХОБЛ определяются экстрапульмональной патологией, а адекватные лечебные программы при ХОБЛ в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых она протекает.

Проблему в клинической практике представляет тактика медикаментозной терапии больных с кардиоваскулярной патологией и ХОБЛ: гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). Лекарственные препараты, доказавшие свою эффективность при лечении паци-

---

\* Аспирант кафедры Госпитальной терапии.

♦ Врач-пульмонолог, старший преподаватель кафедры Госпитальной терапии, кандидат медицинских наук.