

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СУПРАПАТЕЛЛЯРНОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Дыбин С.Д., Парусов И.А., Широкова К.Ю., Широкова Л.Ю.
МКУЗ «Медсанчасть ЯЗДА», г. Ярославль

Внедрение артроскопии в текущую ревматологическую практику позволяет врачам ревматологам значительно расширить свои представления о патологии коленного сустава. За полтора года в ревматологическом отделении выполнено 58 артроскопий коленных суставов. Все исследования проводил ревматолог, имеющий большой опыт локальной терапии заболеваний суставов и прошедший специальную подготовку по артроскопии. Использован артроскоп с внешним диаметром 5,5 мм, запись исследования осуществлялась на DVD. У трех пациентов в возрасте 20—45 лет с неясным пателло-фemorальным болевым синдромом и синовитом коленного сустава выявлена аномалия супрапателлярной синовиальной мембраны. Артроскопии предшествовало стандартное обследование, принятое в ревматологической практике, включавшее оценку клинико-лабораторных показателей, рентгенологическое исследование, ультрасонографию коленных суставов. Предшествовавшие артроскопии лечебные мероприятия (нестероидные противовоспалительные препараты, повторные пункции коленного сустава с введением дипроспана) оказывали лишь временный и неполный терапевтический эффект. При артроскопии во всех случаях была выявлена полная супрапателлярная перегородка, в одном из них в сочетании с первичным синовиальным хондроматозом.

Синовиальные складки коленного сустава — это нормальные анатомические структуры, представляющие остатки синовиальных мембран при эмбриональном развитии колена. Роль синовиальных складок до конца не ясна. Некоторые авторы полагают, что синовиальные складки действуют подобно векам, помогающим в смазывании коленного сустава. Складки классифицируют как супрапателлярные, медиопателлярные и инфрапателлярные. Независимо от места расположения они широко изменяются по размерам, форме, конфигурации.

Супрапателлярная синовиальная мембрана (*plica synovialis suprapatellaris*) представляет собой остаток эмбрионального деления супрапателлярного заворота от полости коленного сустава. Она подвергается нормальной инволюции к 4—5 месяцу внутриутробного развития, формируя в дальнейшем единую полость сустава. Возможна неполная инволюция мембраны. T. Zidorn (1991) предложил классификацию супрапателлярной перегородки в соответствии с онтогенетическим развитием. 1 тип — полная синовиальная мембрана, которая полностью изолирует супрапателлярную сумку от боковых и средних отделов коленного сустава; 2 тип — перфорированная мембрана с наличием 1 или нескольких отверстий (*portae*); 3 тип — с боковыми остатками перегородки; 4 тип — полное отсутствие перегородки.

В большинстве случаев синовиальные складки себя никак не проявляют. Однако травма, повреждение менисков, свободные внутрисуставные тела, рассекающий остеохондрит, приводящие к воспалению, способствуют утолщению складок, их отеку. Впоследствии они могут замещаться волокнистой тканью. При полной супрапателлярной перегородке, возможно, имеет значение нарушение свободного обмена синовиальной жидкости между верхним заворотом и полостью коленного сустава. Формируется клинический синдром, проявляющийся болью и воспалением. Выявленная при артроскопии патология была сопоставлена с предшествующими ультрасонографическими данными. Обнаружена возможность визуализировать существование полной синовиальной мембраны при УЗ-исследовании. Она выявлялась на фоне супрапателлярного скопления жидкости в виде тонкой полоски.

Таким образом, патология синовиальной мембраны не является редкой в ревматологической практике и должна учитываться ревматологами при обследовании больных с неясным суставным синдромом.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ТРАВМЫ В АНАМНЕЗЕ

Евстигнеева Л.П., Кузнецова Н.М., Усенко К.П.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», г. Екатеринбург

Остеопороз (ОП) — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушениями микроархитектоники костной ткани, приводящими к повышению хрупкости костей и высокому риску их переломов. Клиническим проявлением ОП являются переломы, которые чаще наблюдаются в костях с низкой

минеральной плотностью и случаются при минимальном уровне травмы. Наиболее типичными переломами являются переломы лучевой кости, позвонков и шейки бедра. Известно, что пациенты, имеющие переломы костей при низком уровне травмы, имеют повышенный риск последующих переломов. В настоящее время существует целый