

|                                          |                                            |                              |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| С трудом                                 | 5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5                      | Легко                        |
| Сдержанный, скрытный                     | Вы человек скорее<br>5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5 | Открытый людям               |
| Сумма баллов, деленная на пять, выявляет | <input type="text"/> <input type="text"/>  | интроверсию или экстраверсию |

Определите тип личности, например, *рациональный логико-сенсорный экстраверт или иррациональный сенсорно-эмоциональный интроверт*

Определите адаптационное состояние. Если сумма баллов, деленная на пять, равна 3,8 — абсолютная норма, 3 — относительная норма, 2 — “размытая” норма, 1 — демпфирование, 4 — акцентуация, 5 — декомпенсированная акцентуация, если имеются признаки противоположной функции — амальгамирование, амальгамирование по двум или трем функциям — химеризация, амальгамирование по всем функциям — деперсонализация.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 327 с.
2. Окладников В.И. Личностно-соматическая дезинтеграция. — Иркутск: Оттиск, 2007. — 294 с.
3. Поздеева Е.А. Гипотеза аффективных расстройств, основанная на нейропластичности. Новый взгляд на терапию депрессии // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9, № 1. — С.1-10.
4. Путилина М.В. Современные представления о ноотропных препаратах. <http://www.rusmg.ru/content.php?id=9451>
5. Ходос Х.Г. Малые аномалии развития и их клиническое значение. — Иркутск: Вост.-Сиб. книжн. изд-во, 1984. — 88 с.

Адрес для переписки:

© КЛИМЕНКО И.Г. — 2008

## СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕДИОПАТЕЛЛЯРНОЙ СКЛАДКИ — IINO BAND

И.Г. Клименко

(ГУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск, директор - член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

**Резюме.** Предложен новый способ клинической диагностики повреждения, одной из трех, наиболее часто травмируемых, постоянных синовиальных складок коленного сустава — медиопателлярной складки (МПС), позволяющий проводить более полное предоперационное планирование объема оперативного пособия. Данный прием был апробирован у 28 пациентов, с патологией переднего симптомокомплекса, нашедший свое подтверждение при артроскопическом обследовании и лечении коленного сустава.

**Ключевые слова:** медиопателлярная складка, диагностика, лечение.

## THE METHOD OF DIAGNOSTICS OF PLICA MEDIOPATELLARIS INJURY - IINO BAND

I.G. Klimenko

(SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk)

A new method of clinical diagnostics of plica mediopatellaris injury is suggested. Plica mediopatellaris is one of three most frequently injured folds of knee joint. The new method allows more complete preoperative planning of surgical operation volume. The technique was approved in 28 patients with pathology of anterior symptom complex and was confirmed by arthroscopy and subsequent treatment of knee joint.

Key words: plica mediopatellaris, diagnostics, treatment.

Коленный сустав по частоте поражения и сложности лечебно-диагностического процесса занимает одно из первых мест в травматологии и ортопедии взрослых. Начало 70-х годов предыдущего столетия характеризовалось активным изучением артроскопии во многих странах Европы. Вначале пути появились работы, в которых доказывалось, что артроскопия — ценный диагностический способ, затем в последующем возник интерес к ней, как наиболее щадящему способу оперативного лечения. Это позволило позднее приступить к более детальному изучению синовиальной оболочки коленного сустава, при помощи артроскопии, позволяющей установить, что во многих случаях она является причиной заболевания.

Постоянные синовиальные складки коленного сустава описаны давно. Еще в 1976 г. Iino описал наличие медиопателлярной складки (МПС), которая может вызывать жалобы у пациентов и, обобщив накопленный опыт, составил атлас топографической анатомии коленного сустава для артроскопии. Он подчеркнул, что

среди синовиальных складок, кроме множества непостоянных, есть три постоянные: plicae suprapatellaris, infrapatellaris, mediopatellaris. Из всех постоянных синовиальных складок наиболее часто подвергается повреждению и заболевания медиопателлярная складка.

Синовиальная оболочка покрывает полость сустава изнутри, за исключением суставных концов, покрытых хрящом. Она выстилает изнутри фиброзную оболочку, податливая и имеет множество складок, которые в большей или меньшей степени вдаются в полость сустава, заполняя при движениях свободные пространства, образуя вследствие несоответствия суставных поверхностей [2,3].

Plica mediopatellaris в виде дубликатуры синовиальной оболочки простирается от верхнемедиальной части жирового тела по внутренней медиальной поверхности полости коленного сустава вверх к plica suprapatellaris. Поверхность медиопателлярной складки располагается во фронтальной плоскости. При разогнутом коленном суставе plicae mediopatellaris и

suprapatellaris взаимно перпендикулярны. Однако при сгибании сустава они становятся параллельными и располагаются по медиальному краю медиального мышечка бедренной кости. При этом медиопателлярная складка при сгибании в коленном суставе до угла 120-140° очень тесно контактирует с суставной поверхностью мышечка бедра. При артроскопическом исследовании в норме складка имеет розовый цвет с белесоватым или желтоватым оттенком. Длина и ширина ее различны и в среднем составляют соответственно 1,5-3 и 0,5-0,8 см. Консистенция складки мягкая, она податлива и не напряжена. Иногда складка может состоять из двух расположенных одна над другой более тонких складочек либо иметь одно или два отверстия. Данные артроскопического исследования локального кровообращения медиопателлярной складки могут указывать на ее ранние патологические изменения. Сосудистая сеть в норме представлена радиально направленными капиллярными сосудами, образующими тонкую петлистую структуру [1].

#### Материалы и методы

Известно, что при повреждениях и заболеваниях синовиальных складок коленного сустава клинические и рентгенологические способы диагностики недостаточно эффективны. Не получили окончательного решения и вопросы артроскопической диагностики данной патологии. Нередко патологическая синовиальная складка является артроскопической находкой. Используемые открытые оперативные доступы сами по себе также могут повреждать указанные образования и не в состоянии обеспечить полное изучение взаимоотношений складок с суставными поверхностями, особенно в процессе движения.

Однократные травмы медиопателлярной складки практически не отличаются по клинической картине от других повреждений синовиальной оболочки за исключением четкой локализации болевых ощущений, скачкообразно усиливающихся при сгибании коленного сустава в пределах от 150 до 110° и сопровождающихся при этом чувством щелчка. При повторных травмах и продолжающейся микротравматизации возможно развитие картины, известной под названием «синдром медиопателлярной складки» (shelf — syndrome, plica — syndrome, Iino band). Для установления окончательного диагноза в большинстве своем используются методы: анамнестический, клинический и рентгенологический. При этом обычная рентгенография и применяемая в редких случаях артропневмография, не дают достаточных данных для постановки правильного диагноза. В связи с чем, стали использоваться методы ультразвукового исследования и компьютерной томографии, а в последнее время — магнитно-резонансной томографии, которые также оказались ограничено информативны, во многих случаях из-за дороговизны исследования и отсутствия высококвалифицированных специалистов. Наиболее полная и достоверная информация о состоянии медиопателлярной складки, суставного хряща и других внутрисуставных структур может быть получена при артроскопическом исследовании.

Клинический раздел работы основан на анализе результатов хирургического лечения 28 пациентов с заболеваниями и последствиями травм коленного сустава.

Обработка результатов исследования произведена с помощью программы Statistica 6.0, использовался t-критерий Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке гипотез  $p < 0,05$ .

#### Результаты и обсуждение

Анализ клинических данных позволил выделить наиболее характерные клинические признаки этого синдрома: боль при ходьбе по ступенькам, приседании, длительном сидении, болезненные «щелчки» по передней поверхности медиального мышечка бедра при сгибании — разгибании коленного сустава. При длительном течении заболевания отмечались гипотрофия четырехглавой мышцы бедра и синовит. При пальпации передней поверхности медиального мышечка бедра в области нижней трети надколенника определялся болезненный валик. Вся эта симптоматика может встречаться и при повреждениях других структур. Вероятно, поэтому характерная клиническая симптоматика в подобных случаях нередко трактовалась как застарелые

повреждения менисков, повреждения передней крестообразной связки, менискоз, деформирующий артроз, хронический синовит. Большинство пациентов с данной патологией направлялись в клиники с ошибочными диагнозами. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности широкого круга травматологов-ортопедов о данной патологии коленного сустава. В связи с этим мы решили уделить больше внимания клинической диагностике данного повреждения, позволяющей не только поставить более полный предоперационный диагноз, но и определить объем оперативного пособия и соответственно тактику послеоперационного ведения.

На наш взгляд повреждение медиопателлярной складки имеет довольно характерные клинические проявления, которые определяются их названием — «крыловидные складки». Данная структура, вместе с жировой подушкой, удерживает надколенник в равновесном состоянии и активно участвует в процессе его движения, препятствуя смещению и гиперпрессии на какой либо отдел. Надколенник в процессе сгибания в коленном суставе, совершает очень незначительные движения в отношении большеберцовой кости, оставаясь фиксированным к бугристости. Большой объем движений осуществляется между надколенником и бедром, при этом, находясь в положении разгибания, в коленном суставе, надколенник как бы центрирован. При сгибании под углом 25-30°, происходит его смещение в латеральную сторону и разворот вокруг фронтальной оси, с приподниманием медиального края и перемещением основной нагрузки на гребень и латеральную фасетку. Образовавшийся диастаз заполняется медиопателлярной складкой и телом Гоффа. Продолжающееся сгибание до 70-80° приводит к еще большей гиперпрессии латерального отдела надколенника, а в последующем в горизонтальной плоскости происходит его перемещение с наружной поверхности к центральной оси бедра.

Повреждение медиопателлярной складки, первично-травматическое или вследствие хронической травмы, приводит к утолщению складки и гипертрофии тела Гоффа. Что ведет к ущемлению этих структур и появлению характерных симптомов «щелчка», которые часто расцениваются, как симптомы патогномичные, для поврежденных менисков. На наш взгляд, наиболее ярким клиническим признаком, подтверждающим повреждение МПС, является местная, локальная болезненность при пальпации подлиннику складки изменяющаяся при смещениях надколенника. Одной рукой пальпируя переднюю, поверхность коленного сустава, придают складку к бедру. Таким образом, усиливается локальная болезненность, которая четко ограничена в данной зоне, естественно при отсутствии других сопутствующих повреждений превалирующих по силе травмы. Другой рукой, производят смещение надколенника сначала в латеральную сторону. Эта манипуляция довольно часто приводила к резкому уменьшению локальной боли, порой вплоть до полного ее исчезновения. Данный феномен был впервые отмечен нами при обследовании молодых пациентов с хондромалицией надколенника 2-3-й стадии, что позже привело к появлению других диагностических приемов. Так производимое смещение надколенника в дистальном и вентральном направлениях также приводит к снижению пальпаторной болевой реакции. Различные перемещения надколенника в латеральном ли, дистальном или вентральном направлениях приводят к натяжению крыловидных складок и, вследствие этого, к ущемлению данных структур между суставными поверхностями, находившихся до этого в расслабленном состоянии. Это ведет, по всей видимости, к сближению мест повреждений и уменьшению болевой импульсации в месте пальпации складки.

При выполнении диагностической артроскопии чувствительность составила 100% [1]. Использование этой методики позволило не только достоверно поста-

вить диагноз, но и определить характер повреждений и сделать вывод об адекватном объеме хирургического вмешательства.

Данный способ был апробирован при клиническом обследовании у 28 пациентов с подозрением на повреждение медиопателлярной складки, в возрасте от 12 до

48 лет. Всем больным в последующем была выполнена диагностическая и оперативная артроскопия, подтвердившая поставленный диагноз.

Таким образом, использование патогномоничных симптомов помогает диагностировать повреждение МПС, подтверждаемое при артроскопии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Левенец В.Н., Пляцко В.В. Артроскопия. — Киев: Наукова Думка, 1991. — 229 с.
2. Удодова Н.Ю. Патология синовиальных складок коленного сустава, клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 18 с.
3. Ушакова О.А., Эйнгорн Г.А. Операции по поводу патологической медиопателлярной складки коленного сустава с помощью артроскопа // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1985. — № 2. — С.45-47.

Адрес для переписки:

© ЯКУБОВИЧ А.И., НОВИЦКАЯ Н.Н. — 2008

## ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Якубович)

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы психофармакокоррекции тревожных состояний у больных, страдающих псориазом. Оценивается эффективность комплексного лечения тревожных состояний у больных псориазом.

**Ключевые слова:** псориаз, тревога, качество жизни.

## PSYCHOPHARMACEUTICAL THERAPY OF QUALMS IN THE PATIENTS SUFFERING FROM PSORIASIS

A.I. Yakubovich, N.N. Novitskaya

(Irkutsk State Medical University)

The article is devoted to the problem of psychopharmaceutical correction of qualms in the patients suffering from psoriasis. The effectiveness of complex therapy is being estimated.

Key words: psoriasis, anxiety, quality of life.

В настоящее время в медицине значительно возрос интерес к вопросам медикаментозной психокоррекции при кожных заболеваниях [3,10,12], что объясняется высоким процентом дерматозов, сопровождающихся психопатологической симптоматикой [12]. При этом психические расстройства имеют не только клиническое, но и патогенетическое значение и в различной степени вовлечены в формирование и динамику кожной патологии.

Особый интерес представляет псориазическая болезнь. Действительно, псориаз, как признано всем мировым дерматологическим сообществом, представляет собой одно из самых распространенных кожных заболеваний с длительным, хроническим течением, отсутствием кардинальных методов терапии, что, несомненно, накладывает печать "неизлечимости" болезни и негативно влияет на качество жизни [7]. Такая пессимистическая оценка общего состояния проблемы и лежит в основе постоянной актуальности научных изысканий в области патогенеза и терапии псориазической болезни. Именно поэтому многие исследователи в последние годы большое внимание уделяют изучению психосоматической компоненты псориаза [4,5,6,12].

Достаточно давно установлено, что в развитии псориаза особое значение принадлежит психогенным факторам [13]. Из психопатологических нарушений у больных псориазом часто выявляют эмоциональную неустойчивость, тревожность, раздражительность, повышенную утомляемость, депрессию [2,7]. В недавно проведенном исследовании было показано, что личностная (конституциональная) тревожность у больных, страдающих псориазом, выше реактивной (ситуативной), т.е. обострение соматической патологии при вос-

приятии определенных стимулов лишь активизирует устойчивую индивидуальную предрасположенность субъекта к тревоге [11]. Вместе с тем продемонстрировано повышение ситуативной тревожности у лиц с псориазом, находящихся в условиях хронического стресса [4].

Известно, что длительное состояние тревоги вызывает перестройку ЦНС по тревожному типу и разбалансировку основных медиаторных систем [11,14]. Можно предполагать, что при псориазе нейрофизиологические механизмы тревоги играют существенную роль [11].

Кроме того, социологическое исследование у больных псориазом продемонстрировало их личностную и социальную дезадаптацию, обусловленную дефензивностью, выражающейся в переживании своей якобы неполноценности, в неуверенности в себе, неудовлетворенности собой, нерешительности, тревожной мнительности, ранимом самолюбии, а так же подавляющее большинство больных изъявляли желание получать психологическую помощь в кожно-венерологическом диспансере и категорически отказывались от лечения в психиатрических учреждениях [5].

Как показывает опыт оказания специализированной помощи больным дерматозами, коморбидными психическими расстройствами, накопленный в процессе совместной работы кафедр кожных и венерических болезней лечебного факультета и психиатрии и психосоматики ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, психофармакотерапия может с успехом проводиться в условиях дерматологической клиники либо самим врачом-дерматологом, либо с привлечением в качестве консультанта психиатра [3].

Конечно, присутствие у больных псориазом в клинической картине тревожных расстройств требует от