

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

спектр препаратов, доказавших свою эффективность в лечении больных ОП. Вместе с тем, низкая выявляемость ОП и отсутствие адекватного лечения отрицательно влияет на частоту переломов.

Целью исследования было оценить выявляемость и лечение ОП у пациентов с переломом лучевой кости при низком уровне травмы.

В исследование включены пациенты г. Екатеринбурга старших возрастных групп, обратившиеся в травматологический пункт в связи с переломом лучевой кости при низком уровне травмы. Всем пациентам случайно сформированной выборки (330 человек) была проведена почтовая рассылка анкет, включающих вопросы о наличии диагностированного ОП, проводимом лечении, его регулярности с указанием причин отклонений от рекомендованного лечения и некоторые вопросы анамнеза. Ответило 57 пациентов (17,3%), средний возраст $65,8 \pm 7,4$ лет. В качестве группы сравнения в исследование включены пациенты г. Екатеринбурга и Свердловской области с установленным диагнозом ОП. Все пациенты данной группы когда-либо посетили специализированный прием по ОП и получили рекомендации по лечению. Всем проконсультированным пациентам были разосланы аналогичные вопросники, ответили 60,6%. Из них для анализа были отобраны пациенты с переломами периферических костей в анамнезе при низком уровне травмы. Данная группа составила 107 человек, средний возраст $66,3 \pm 9,0$ лет. Группы пациентов специализированного приема по ОП и пациентов травматологического профиля достоверно не отличались по возрастно-половому составу и уровню образования. Пациенты травматологического приема реже имели группу инвалидности (14,0%), чем пациенты группы сравнения (50,5%), $p < 0,05$.

Из 57 пациентов с переломами лучевой кости 18 человек (31,5%) расценили перелом, произошедший при падении с высоты роста, как травматический и не связали его с ОП. 45,6% пациентов согласны, что перелом случился при низком уровне травмы, но о диагнозе ОП не знают. Диагноз ОП был установлен только у 13 человек (22,8%). Ле-

чение препаратами кальция и/или антирезорбтивными препаратами начали только 17 опрошенных (28,1%). При этом большая часть пациентов принимала препараты кальция только в связи с переломом для улучшения консолидации. В группе сравнения среди лиц, получивших консультацию на специализированном приеме, лечение ОП начали 102 пациента (95,3%) ($p < 0,05$). Раннее прекращение лечения чаще наблюдалось среди пациентов травматологического приема (25% от числа начавших терапию), чем среди лиц специализированного приема с диагностированным ОП (6,9%) ($p < 0,05$). Среди указанных причин прекращения терапии самыми частыми были высокая стоимость препаратов, отсутствие видимого эффекта от лечения и уверенности в необходимости лечения. На следующем этапе исследования проведен анализ схем лечения ОП. Оказалось, что основное число пациентов после перелома лучевой кости принимают только препараты кальция. Полноценную терапию, включающую препараты антирезорбтивного действия, получали всего 5,3% пациентов травматологического приема, что достоверно ниже числа адекватно леченых пациентов специализированного приема по ОП (57,0%).

Таким образом, выявляемость ОП среди лиц старших возрастных групп остается недостаточной. Несмотря на то, что перелом лучевой кости является маркером ОП, нацеленность на его диагностику среди травматологов остается очень низкой. Определенное значение имеет недостаточная информированность населения, когда перелом лучевой кости при падении с высоты роста и ниже расценивается как травма, и пациенты не знают о вероятности ОП и необходимости лечения. Как следствие, пациенты старших возрастных групп с переломом лучевой кости в анамнезе и высоким риском последующих переломов не получают адекватного лечения. Информированность населения по проблемам ОП, создание стандартов диагностики и лечения ОП и нацеленность травматологов на его выявление у лиц с переломами костей могли бы улучшить выявляемость этого заболевания и увеличить число пациентов, получающих адекватную терапию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ

Ермошина Т.В.

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Томск

Одним из важнейших направлений оптимизации медицинской помощи работающему населению является проведение медицинских осмотров этой группы. В этой связи опыт различных регионов по организации этой деятельности является значимым, требует анализа и обобщения.

В период с октября по декабрь 2005 г. сотрудниками клинических кафедр и клиник Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) были организованы выезды врачей-

специалистов в г. Стрежевой и пять вахтовых поселков.

Цель выездов — проведение периодических медицинских осмотров, оказание лечебно-профилактической и консультативной помощи работникам ОАО «Томскнефть» ВНК.

При этом были поставлены следующие задачи:

- своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних при-