

**Рефераты статей, опубликованных в журнале
Bulletin Hospital for Joint Diseases, 1999. - Vol. 58, № 1**

1. Maffulli N. Orthopaedic surgery in Scotland // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 5. Ортопедическая хирургия в Шотландии.

Ортопедическая и травматологическая хирургия в Шотландии успешно развивается. Хотя Шотландия и стала более независимой, но все еще прочны ее узы с другими районами Объединенного Королевства. Очень многие стажеры ортопедического профиля едут за границу, а многие выпускники работают за границей, занимаясь в течение года исследовательской работой. В Шотландии есть ряд старейших и самых преуспевающих в Объединенном Королевстве медицинских школ, а, принимая во внимание ее размеры и населенность, страна удобно расположена для проведения совместных исследований и эпидемиологической работы. В данный выпуск включены 10 работ большинства учебных центров Шотландии. Приятно, что работы эти отличаются высокой степенью качества, которое характеризует и журнал *Bulletin* в целом. В выпуске помещены как клинические, так и фундаментальные научные исследования. Не приходится сомневаться в высоком уровне клинического обучения и клинической практики в Шотландии. Это подтверждается и вкладом группы по травме из Эдинбурга. Авторами из Глазго представлен долгосрочный обзор функционального характера, а ученые из Абердина включили ряд проектов социального, эпидемиологического и фундаментального научного характера, а также исследования по генетике и другие работы. Стоит надеяться, что работы, включенные в этот выпуск, будут информативными и интересными. Думаю, что читатели оценят этот выпуск по достоинству.

2. Oroko P.K., Buchan M., Winkler A., Kelly I.G. Does shortening matter after clavicular fractures ? // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 6-8. Значение укорочений после переломов ключицы.

Заживление переломов ключицы с укорочением на 15 мм или более сопровождается плохой функцией, поэтому в качестве соответствующего первичного лечения рекомендуются открытая репозиция и внутренняя фиксация. Авторы исследовали 41 больного, по меньшей мере, в течение трех месяцев после перелома ключицы. Рассчитывали укорочение и оценивали функцию плеча по методу балльной оценки. Хотя у трех больных с укорочением ключицы на 1.5 см или более была низкая оценка, причиной этого были другие факторы. Авторы не смогли показать никакой взаимосвязи между укороче-

нием ключицы и функцией плеча.

3. McQueen M.M. Metaphyseal external fixation of the distal radius // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 9-14. Метафизарная наружная фиксация дистального отдела лучевой кости.

Со времени определения природы переломов дистального отдела лучевой кости ведутся дебаты об их лечении. В XIX и первой половине XX века спорили главным образом о консервативном лечении, так как в то время не проводились операции при переломах запястья. В 1944 году Anderson и O'Neill описали "безгипсовую фиксацию" при переломах дистального отдела лучевой кости во избежание неправильного сращения. Они понимали, что таким методом при безотлагательном пользовании пальцами и рукой можно достичь почти полного восстановления функции. Это было первое описание закрытой наружной фиксации дистального отдела лучевой кости, предшествующее многочисленным статьям по этому методу, который приобрел популярность в 1980-х годах. В этот период большинство сообщений касалось наружной фиксации, которая заключалась в соединении лучезапястного сустава стержнями, введенными во вторую пястную кость, и стержнями, введенными в лучевую кость проксимальнее перелома. Первоначальные результаты обнадеживали в смысле репозиции перелома, хотя восстановление ладонного сгибания было редким явлением. Однако, функциональный исход был непостоянным и, хотя в некоторых сериях он был несколько лучше, чем при лечении традиционными методами, результаты были переменными и даже неутешительными. Трудно сравнить опубликованные результаты из-за разнородности типов перелома, методов лечения и оценок результатов, используемых в разных исследованиях. Неудачные попытки толкования опубликованных результатов побудили провести безвыборочное исследование с целью оценки рентгенографического и функционального результата обычно используемых методов лечения при нестабильных переломах дистального отдела лучевой кости с вторичным смещением. В этом исследовании использовали 120 добровольцев с переломами дистального отдела лучевой кости, вторично смещенными после первоначально успешной репозиции и иммобилизации гипсовой повязкой. Суставные переломы со смещением, при которых требовалась открытая репозиция или дополнительная внутренняя фиксация, были исключены из исследования в целях огра-

ничения разнородности лечимых переломов. Сравнивали 4 метода лечения: закрытую ручную репозицию и наложение гипсовой повязки на предплечье; открытую репозицию с костной трансплантацией, фиксацией спицами Киршнера и гипсовой повязкой; закрытую статическую соединительную наружную фиксацию; закрытую динамическую соединительную наружную фиксацию, мобилизирующую запястье через 3 недели. Функциональный исход оценивали с помощью тестов. Рентгенографически отмечалось улучшение анатомии в трех оперативных группах по сравнению с группой ручной репозиции, хотя ни одним методом не восстановили должным образом ни ладонное сгибание, ни положение запястья. Тем не менее, при последующем наблюдении, которое проводилось в течение года, разницы в функциональном результате у больных данных групп не отмечалось. В работе представлены методики лечения при нестабильных переломах, метод проведения остеотомии лучевой кости и метод лечения внутрисуставных переломов дистального отдела лучевой кости. Кроме того, продемонстрированы результаты лечения нестабильных переломов и результаты после проведения остеотомии лучевой кости. В заключение авторы отмечают, что метафизарная наружная фиксация является существенным достижением в лечении переломов дистального отдела лучевой кости. Проведенное исследование продемонстрировало, что данным методом достигается очень существенные анатомические и функциональные преимущества в сравнении с соединительной фиксацией при нестабильных переломах дистального отдела лучевой кости. При применении его в целях фиксации остеотомии лучевой кости этот метод обеспечивает хирургическое вмешательство с ограниченным доступом и получением хороших результатов.

4. French F.H., Johnstone A.J., Dougall T. Coping with the Epidemic. The impact of proximal femoral fractures upon the acute orthopaedic services in northeast Scotland // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 15-18. Ситуация как при эпидемии. Влияние проксимальных переломов бедра на экстренное ортопедическое обслуживание в северо-восточной Шотландии.

Возросшая стоимость лечения и старение населения привели к тому, что переломы бедра стали иметь огромное первостепенное значение в развитых странах во второй половине XX века. При использовании данных, собранных в 1970 и 1993 гг., анализируется распространенность переломов бедра в северо-восточной Шотландии. Результаты демонстрируют увеличение числа больных (101%), поступающих с переломами бедра, и увеличение процента боль-

ных в возрасте 75 лет и старше (158%). Хотя в данной области не изменилось количество ортопедических койко-мест для экстренных случаев, проблема роста количества больных разрешилась сокращением сроков госпитализации и предоставлением койко-мест в сельской местности для выздоровления и реабилитации. С помощью такого подхода к данной проблеме можно достичь значительной экономии в службе здравоохранения, не сокращая и не ослабляя деятельности по стандартному уходу за пожилыми больными в последующем послеоперационном периоде. Кроме того, такой подход поможет местным общественным службам сконцентрировать внимание на продолжительном размещении больных в соответствии с текущей политикой правительства.

5. Keating J.F. Tibial plateau fractures in the older patient // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 19-23. Переломы суставной поверхности большеберцовой кости у пожилых больных.

Проведен обзор эпидемиологии и лечения 151 перелома суставной поверхности большеберцовой кости у больных старше 60 лет. Среди больных было 115 женщин и 36 мужчин. Обычно травма являлась результатом простого падения (88 переломов, 58%). Чаще всего, в 48 (32%) случаях отмечался расщепленный вдавленный тип перелома, далее в 31 (20%) случае следовали центральные вдавленные переломы. Провели неоперативное лечение 103 (68%) переломов, открытую репозицию и внутреннюю фиксацию 40 (26%) переломов и наружную фиксацию 8 (5%) переломов. Функциональный исход у 67 больных, определяемый системой оценки суставной поверхности по Hohl, был сходным во всех 3-х группах и соотносился с первичной формой перелома. У 46 (68%) из этих 67 больных на контрольных рентгенограммах были выявлены изменения, вызванные остеоартритом, но только двум больным из всей серии потребовалось замещение коленного сустава. Дегенеративные изменения и посредственный функциональный исход были обычным явлением после переломов суставной поверхности большеберцовой кости у больных старше 60 лет.

6. Court-Brown C.M. Reamed tibial nailing in Edinburgh (1985-1995) // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 24-30. Остеосинтез большеберцовой кости гвоздями с рассверливанием в Эдинбурге (1985-1995 гг.).

В начале 1980-х годов закрытые переломы большеберцовой кости лечили, главным образом, наложением гипсовых повязок. В 1970 году Sarmiento продемонстрировал эффективность раннего восстановления подвижности, но у хирургов все еще были проблемы с несращением, неправильным сращением и тугоподвижностью

заднего отдела стопы после наложения гипсовых повязок. Группа АО добилась значительного успеха, используя динамическую компрессионную пластинку, но другим хирургам, менее опытным, не удавалось повторить их результаты. Кроме того, использование методов с пластинками при открытых переломах большеберцовой кости оказалось затруднительным, поэтому многие хирурги отказались от них. Наружная скелетная фиксация явилась приятным возрождением, но имевшиеся в то время односторонние аппараты для наружной фиксации часто считались “машинами несращения”. Возникали серьезные проблемы сепсиса, неправильного сращения и неудобств для больного.

Успехи фиксации бедренной кости гвоздями побудили хирургов Эдинбурга придерживаться тактики фиксации всех закрытых переломов большеберцовой кости гвоздями, при которой требовалось обезболивание. Авторы применяли замыкающий гвоздь Grosse Kempf. Результаты были очень обнадеживающими: было пролечено 125 закрытых и открытых переломов большеберцовой кости типа I по Gustilo. Первоначально существовало мнение, что хирургическое лечение закрытых переломов приведет к неприемлемо высокому проценту инфекций, но эти страхи оказались беспочвенными. При лечении первых 125 переломов было только два случая инфекции (1,6%). При этом не только низкой была частота, но и отмеченные два случая инфекции были успешно ликвидированы. Общий коэффициент сращения составил 98,4%, костной трансплантации не потребовалось.

При этом основным преимуществом такого ведения переломов являлся функциональный исход. Отсутствие гипсовой повязки, раннее нагружение конечности и ранняя подвижность суставов привели к тому, что у 93% всех больных достигалось полное восстановление функции голеностопного, коленного и подтаранного суставов в течение года, а 80% больных вернулись к своей прежней деятельности, кроме спортивной, еще до подтверждения сращения на рентгенограммах.

Следующим этапом являлось применение интрамедуллярной фиксации большеберцовой кости замыкающими гвоздями при открытых переломах. Предварительно было проанализировано применение наружной фиксации при лечении открытых переломов большеберцовой кости типа III по Gustilo и выявлено 35,7% инфицирования. И причины этого были многофакторными.

Применение первичного остеосинтеза гвоздями при открытых диафизарных переломах большеберцовой кости завершилось в 1988 году. И был промежуточный период, когда использовалась первичная наружная фиксация и вторич-

ный интрамедуллярный остеосинтез гвоздями. Применение первичного интрамедуллярного остеосинтеза гвоздями для лечения открытых диафизарных переломов большеберцовой кости все еще остается спорным. К сожалению, к этим спорам добавились еще и споры о проведении рассверливания при лечении этих переломов. В то время считалось, что просверленные гвозди больше разрушают эндостальный кровоток, нежели непросверленные, а поэтому и результаты при использовании первых будут хуже. В Эдинбурге авторы использовали рассверленный гвоздь Grosse Kempf, а группа из Мемфиса использовала нерассверленный гвоздь Russell Taylor. У этих хирургов в двух группах популяции больных и оперативные методики были одинаковыми, а результаты в группе из Эдинбурга были немного лучше, чем результаты в группе из Мемфиса. Тогда процент инфекций у авторов составлял 11,1% при открытых переломах большеберцовой кости типа III по Gustilo, а позднее процент инфекции при этих тяжелых переломах упал до 8,8%.

Последний обзор результатов авторов по применению интрамедуллярного остеосинтеза рассверленными гвоздями при открытых переломах проводился в 1996 году. Общий процент инфекции при лечении 68 открытых переломов большеберцовой кости этим методом в период с 1988 по 1995 гг. упал до 7,3%. При переломах типа IIIa по Gustilo в течение 8 лет случаев инфекции не отмечалось. Среднее время до достижения сращения составило 26 недель, перепроведение гвоздей потребовалось у 15,4% больных, частота случаев неправильного сращения - 2,8%, тугоподвижности задней части стопы - 25,7%. В группе с переломами IIIb период времени до наступления сращения был больше (46,6 недель), перепроведение гвоздей потребовалось у 45,4% больных, причем у 33,3% потребовалась открытая костная трансплантация для получения сращения. Процент инфицирования - 15,2%, по окончании лечения тугоподвижность отмечалась у 51,5% больных.

Конечно, наивно полагать, что тип гвоздя является причиной существенной разницы в частоте инфицирования при тяжелых открытых переломах большеберцовой кости. Более вероятно то, что прогноз инфицирования определяется тяжестью повреждения мягких тканей, умении хирурга удалить всю омертвевшую ткань при очищении раны, а также быстротой и опытом при закрытии мягкотканного дефекта с помощью пластической хирургии. И теория о том, что остеосинтез гвоздями с рассверливанием вреден для костного сращения, поскольку он нарушает интрамедуллярное кровообращение, является ошибочной, так как питающая его артерия нарушается и при относительно меньшей

травме. Такое мнение может быть результатом неправильного понимания механики переломов большеберцовой кости.

Теперь несомненен тот факт, что рассверливание является остеогенным. Единственный вопрос в том, когда полезный эффект рассверливания заменяется вредными эффектами повреждения мягких тканей. Ответа пока нет.

В работе представлены осложнения при проведении интрамедуллярного остеосинтеза гвоздями: несращение, инфицирование. Кроме того, рассматриваются синдром сдавления, жировая эмболия и болевые ощущения в коленном суставе.

В заключение авторы отмечают, что анализ применения остеосинтеза гвоздями с рассверливанием в Эдинбурге в течение 1985-1995 гг. определил этот метод наилучшим для лечения как открытых, так и закрытых диафизарных переломов большеберцовой кости со смещением.

7. Aspden R.M. Connective tissues in health and disease. The Aberdeen experience // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 31-36. Соединительные ткани в здоровом и больном организме. Опыт Абердина.

Соединительные ткани выполняют в организме, главным образом, механическую функцию. Еще неясно, каким образом каждая ткань приобретает свои механические свойства в соответствии со своим составом и структурой и как эти свойства поддерживаются клетками. Описываются некоторые принципы, обеспечивающие унифицированную основу для материальных свойств этих тканей как материалов. На основе этого в Абердине проводятся исследования путей, по которым клетки могут регулировать свои свойства при реакции на механические стимулы.

8. Parasa R.B., Maffulli N. Musculoskeletal involvement in cystic fibrosis // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 37-44. Костно-мышечное поражение при кистозном фиброзе.

Цель данного исследования - сделать обзор опубликованных данных по эффектам кистозного фиброза (CF) на костно-мышечную систему и их значении для качества жизни больных. С ростом периода жизни больных CF возросла и роль костно-мышечных проявлений. Пониженная плотность минеральных веществ в кости (BMD) и уменьшение их содержания (BMC) являются обычным явлением у больных CF любого возраста, и причины этого являются, по всей вероятности, многофакторными. К факторам риска, способствующим уменьшению BMC, относятся следующие: возраст больного, отсутствие равновесия между приростом и деградацией кости, масса тела, питание, активность,

влияние глюкокортикоидной терапии и дисфункция половых желез. BMC тесно связано у больных CF с массой тела, не содержащей жиров. Легочная трансплантация, хотя и увеличивает период жизни, но может усугубить остеопороз. Рост у 29% больных не превышает 10-й процентиля. Процент переломов примерно вдвое больше у женщин в возрасте 16-32 лет и у мужчин в возрасте 25-34 лет. У больных женского пола в возрасте 6-16 лет процент переломов выше нормы и также выше, чем у соответствующих больных мужского пола. К спинальным последствиям остеопороза относится чрезмерный кифоз у больных, которых насчитывается до 62%. Боль в спине отмечалась у 94% больных. Артрит при CF, хотя и является менее обычным, но может приводить к значительной недееспособности; он бывает, главным образом, трех типов: CF артрит, гипертрофическая остеоартропатия и артрит, вызванный соответствующими условиями и реакциями на лекарственные препараты. В большинстве случаев лечение артрита является, в основном, симптоматическим.

9. Moir J.S., Wardlaw D., Maffulli N. Functional bracing of Colles' fractures // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 45-52. Функциональная фиксация переломов Коллеса.

Перелом Коллеса - это одна из наиболее обычных травм, встречающихся в ортопедической практике, и для его лечения еще нет оптимального метода. Предлагаются различные оперативные методики лечения по причине нестабильности перелома, которая отмечается после репозиции. Однако, учитывая эпидемиологию перелома, большинство таких повреждений продолжают лечить консервативно закрытой репозицией и иммобилизацией запястья гипсовой повязкой. Функциональная фиксация скобой - это альтернатива гипсовой иммобилизации, позволяющая раннее возобновление функции при сохранении репозиции перелома; этот метод используется для лечения ряда повреждений. Хотя описаны различные методы функционального лечения переломов Коллеса, такой метод не стал популярным способом лечения данного повреждения. Авторы проводят обзор предыдущих исследований по функциональной фиксации скобами и представляют разработанный ими новый метод фиксации скобой.

10. Wardlaw D. The practice and developments in spinal surgery in Scotland. A personal view // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 53-58. Практика и развитие спинальной хирургии в Шотландии. Персональная точка зрения.

В течение последних 15-20 лет спинальная хирургия стала некой особой профессиональной

областью в ортопедии. Эта область развивалась с того момента, когда все хирурги-ортопеды были общего профиля и проводили несколько "дискэктомий" в год и иногда - спинальное сращение, обычно при спондилолистезе, и до того момента, когда большинство больных, нуждающихся в операции на позвоночнике, обращаются к специалисту - спинальному хирургу, который может квалифицированно поставить диагноз и проводить консервативное и оперативное лечение больных со спинальными проблемами. Не все спинальные операции проводят хирурги-ортопеды; такие операции проводят многие нейрохирурги. В разных районах страны процесс развития осуществлен по-разному, и отнюдь не все спинальные хирурги практикуются, используя все методы на позвоночнике и на всех уровнях. Этот специальный выпуск организован Британской Ортопедической Ассоциацией наряду с признанием и финансированием ею ряда учебных заведений. В Абердине открывается такой учебный центр для выпускников высших учебных заведений, в программу которого включены все аспекты спинальной хирургии, в том числе шейный, грудной и пояснично-крестцовый отделы позвоночника, и где выпускники совершенствуются и практикуются в ведении всех патологических процессов, связанных с позвоночником. Хирургия сколиоза занимает особое место, специализацию по такой хирургии можно пройти только в двух центрах - в Эдинбурге и Глазго.

В данной работе представлено общее ведение пациентов с болями в спине и невралгией седалищного нерва, а также пациентов с грыжеобразованием диска. Кроме того, авторы уделили внимание спинальному стенозу и синдрому сдавления нервных корешков. Описаны стабилизирующие процедуры при болях в спине. Авторы также представили и спондилолистез и его пять типов по классификации Macnab, Newman и Wiltse: диспластический, спондилолитический, дегенеративный, травматический и опухолевый. В работе представлены данные по травмам и опухолям позвоночника.

В заключение авторы сообщают, что по данным Медицинского Архива Шотландии в 1997 году в Шотландии было проведено 1109 процедур на позвоночнике. Из них 227 были выполнены в Грампиане, причем 171 процедура из этих 227 проведена в Ортопедическом Центре одним хирургом, специализирующимся по спинальной хирургии. Это отражает большие изме-

нения в развитии области спинальной хирургии в Шотландии. Планируется организовать более равномерное обучение спинальных хирургов как в Шотландии, так и во всем Объединенном Королевстве, с вовлечением всех специалистов, занимающихся спинальной хирургией, в том числе нейрохирургией и ортопедией. Это обеспечит единое и равномерное обучение практикантов ортопедического и нейрохирургического профиля и даст возможность повсеместного и более квалифицированного ухода за больными.

В Абердине и районе Грампиана обслуживается население в количестве 500.000 человек. Служба спинальной ортопедии объединяет физиотерапевтическое, рентгенологическое, ортопедическое, психиатрическое, психологическое обслуживание и лечение болевых ощущений. Основная задача - обеспечить более квалифицированное и эффективное лечение больных.

Хроническая боль в пояснице - основная причина психосоциальной недееспособности и потери трудоспособности. Стоит надеяться, что раннее и эффективное лечение улучшит качество жизни пациентов и вернет продуктивный трудоспособный образ жизни большему количеству людей.

11. Chesney D., Barker S., Miedzybrodzka Z., Haïtes N., Maffulli N. Epidemiology and genetic theories in the etiology of congenital talipes equinovarus // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 1. - P. 59-64. Эпидемиология и генетические теории в этиологии эквинуварусной деформации стопы.

Всесторонне рассмотрен точный генетический механизм наследования врожденной эквинуварусной деформации стопы (CTEV) с изучением семей и применением других эпидемиологических методов, но окончательные результаты так и не были получены. Причиной этого может быть наличие ряда профилей наследственности, ряда разных этиологий, представленных в виде одного и того же морфологического состояния или комплексных взаимодействий генов с окружающей средой. Конечно, в этиологию вовлекаются и некоторые эпидемиологические факторы. Тогда как эпидемиологические исследования могут подсказать профили наследственности, последние могут быть подтверждены только при идентификации специфических генов. В данной работе проводится обзор эпидемиологической деятельности по этиологии CTEV) и обсуждается ряд эпидемиологических принципов.

**Рефераты статей, опубликованных в журнале
Bulletin Hospital for Joint Diseases, 1999. - Vol. 58, № 2**

1. Atik O. Sahap. Introduction // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 69. Введение.

Для меня большая честь готовить к печати этот специальный выпуск в то время, когда мы отмечаем 75 годовщину Турецкой Республики. Очень ценю предложение д-ра William L. Jaffe, главного редактора этого журнала, относительно издания такого специального номера журнала, посвященного ортопедической хирургии Турции.

Турция - это мост, соединяющий два континента - Европу и Азию. Надеюсь, что *Bulletin* станет мостом между хирургами-ортопедами, практикующими в Турции и в США, а также во всем мире.

С развитием специализации в этой области ортопедическая практика в Турции значительно изменилась за последние десять лет. Многие турецкие хирурги-ортопеды систематически ездят в США на специализацию после окончания обучения и на повышение квалификации. Раньше они ездили в страны Европы.

В этом специальном номере можно поместить работы лишь ряда центров и дать некоторое представление о практической и исследовательской деятельности в Турции. Основной нашей проблемой является финансовое обеспечение исследований, в том числе и исследователей, ведущих работу в различных областях, а также ограниченного количества больных для изучения отдаленных результатов.

Замещение коленного сустава свободными имплантатами началось в Турции в конце 1987 года. В статье данного номера о замещении коленного сустава и надколенника отмечается самый продолжительный в нашей стране период контроля.

В 1992 году мы стали использовать лазеры в артроскопической хирургии коленного, плечевого и голеностопного суставов. Перспективное клиническое исследование, опубликованное в этом номере и связанное с остеонекрозом после применения лазера, является одним из самых важных в литературе по лазерам.

Стоит надеяться, что клинические и экспериментальные исследования этого номера дадут представление об опыте хирургов-ортопедов Турции и заинтересуют читателей журнала.

И, наконец, мне чрезвычайно приятно сообщить, что в 2005 году в Стамбуле будет проводиться 23-й Всемирный Конгресс SICOT. Приезжайте в Стамбул и присоединяйтесь к друзьям со всего мира, чтобы отметить еще одну веху в истории SICOT.

2. Ege R. Orthopaedic surgery and traumatology in Turkey // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 70. Ортопедическая хирургия и травматология в Турции.

История развития ортопедической хирургии и травматологии в Турции охватывает почти 70 лет. Начало развития относится к 1933 году, когда был реорганизован Стамбульский Университет и при нем основана Детская Хирургическая Клиника. Директором этой клиники был профессор д-р Akif Sakir Sakar. Затем в 1945 году была предложена учебная программа по ортопедической и детской хирургии. В 1947 году ортопедическая практика в Турции официально учреждалась как *Ортопедическая и детская хирургия*. Больным лечили паховые грыжи, острый аппендицит, гидроцеле, инвагинации и пр. Ряд коек оставляли для больных с костно-суставным туберкулезом, остеомиелитом, косолапостью и запущенным врожденным вывихом бедра. Однако травматологических больных с переломами и вывихами лечили в отделениях общей хирургии, а подобные мне студенты-медики обучались этому у хирургов общего профиля. К 1966 году практикующих в Турции хирургов-ортопедов, в том числе и врачей-резидентов, насчитывалось 40 человек. В Gülhane и других местах отказались от специальности ортопедической и детской хирургии после некоторых усилий. Название ее изменили на *ортопедическую хирургию и травматологию* и посвятили практическую и учебную деятельность тем же самым сферам, которые стали сегодня центром современной ортопедической хирургии.

В 1966 году я способствовал учреждению Турецкого Общества Ортопедии и Реабилитации и организации первого Съезда по ортопедической хирургии и травматологии, в работе которого приняли участие 40 человек. В 1970 году в Анкаре был проведен Международный Конгресс ортопедической хирургии и травматологии. Среди 100 участников были Frederick Thompson, Robert Carroll, G. Küntscher, H. Chapchal, H. Mau, Merle D'Aubigne, Debeyre, C. Hirsch и другие. После этой встречи мы основали Ассоциацию Ортопедической Хирургии и Травматологии Средиземноморья и Среднего Востока во главе с профессором Merle D'Aubigne.

С годами значительно возросло число медицинских учреждений, отделений ортопедической хирургии и травматологии, повысился и уровень обучения будущих хирургов-ортопедов.

В настоящее время специалисты по ортопедической хирургии и травматологии обучаются в 28 медицинских учреждениях и в 15 государственных госпиталях и больницах общественной безопасности. Сейчас в Турции более 2000 хирургов-ортопедов. В 43 учебных госпиталях около 200 старших врачей обучают примерно 320 врачей-резидентов по ортопедической хирургии и травматологии. Кроме того, некоторые наши коллеги ввели в своих учебных клиниках большое количество таких подспециальностей, как *хирургия кисти, травма, наружная фиксация, спинальная хирургия, артропластика коленного, плечевого суставов, хирургия опухолей и детская ортопедия.*

С 1966 года нами было организовано 15 национальных съездов. В первичных заседаниях приняли участие от 40 до 100 человек. Позднее число участников возросло до 1200 человек.

Поскольку физиотерапия и реабилитация являются неотделимыми составными ортопедического лечения, в ряде университетов основаны школы специализации по физиотерапии. Они работают по 4-летней программе. Кроме того, в 4-х университетах проводится специализация по фиксирующим устройствам и протезам.

Турция стала членом SICOT с 1950-х годов, членом МФОХК (Международная Федерация Обществ по Хирургии Кисти) - с 1967 года, ФЕОХК (Федерация Европейских Обществ по Хирургии Кисти) - с 1993 года и членом ЕФНАОТ (Европейская Федерация Национальных Ассоциаций Ортопедии и Травматологии) - с 1994 года.

VIII Всемирный Конгресс по Кисти будет проводиться в Стамбуле 9-13 июня 2001 года, а Ваш покорный слуга будет председательствовать на этой международной встрече.

Наша страна, возможно, и является развивающимся государством с общественно-экономической точки зрения, но с уверенностью можно сказать, что в медицине и особенно в ортопедической хирургии и травматологии нами достигнуты большие успехи. Турция соединяет Азию и Европу не только географически, но и с точки зрения современной практической ортопедической хирургии.

3. Gülman B., Mollaian Sh., Tomak Y. Femoral fixation of patellar tendon grafts using the bone-block locking technique in ACL reconstruction. A biomechanical study // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 71-75. Бедренная фиксация трансплантатов сухожилий надколенника при использовании методики замыкания костного блока в процессе реконструкции передней крестообразной связки.

Реконструкция передней крестообразной связки (ACL) основывается на надежности фик-

сации трансплантата. Фиксация спицами Киршнера (K), плотные неабсорбируемые швы, соединенные с ушком винтового упора или эндо-заглушки, используются в настоящее время для фиксации трансплантата. Винтовая фиксация по Kurosaka может привести к разрыву трансплантата из-за чрезмерного напряжения в области промежуточной поверхности между винтом и трансплантатом в бедренном канале. Новая методика фиксации трансплантата "кость-сухожилие-кость" при реконструкции ACL представлена с целью избежания возможных осложнений и сравнивается с точки зрения биомеханики с классическим использованием винтовой фиксации на моделях коленного сустава овец. В данном исследовании использовали всего 13 пар свежих образцов коленных суставов овец, полученных на местной бойне. Образцы этих коленных суставов (n=13) были разделены на две группы. Правые коленные суставы относились к Группе I, левые - к Группе II. Для правых коленных суставов Группы I использовались винтовые системы, а для левых коленных суставов Группы II - система замыкания костного блока (BBL). Средняя максимальная нагрузка составляла $275,01 \pm 10,75$ N для винтовой системы и $389,92 \pm 7,54$ N - для системы BBL ($p=0,02$). Результаты, полученные авторами, указывают на то, что методика BBL обеспечивает более надежную фиксацию по сравнению с винтовой фиксацией. Осложнений и технических недостатков винтовой фиксации не отмечается для методики BBL. По мнению авторов, методика BBL является более благоприятной в сравнении с другими системами фиксации.

4. Atik O. S., Uslu M. Bicompartamental knee replacement and patellar resurfacing. A prospective study with a minimum follow-up of ten years // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 76-78. Двухкамерное замещение коленного сустава и повторное покрытие надколенника. Перспективное исследование с минимальным контрольным периодом в 10 лет.

Авторы не используют обычные процедуры для повторного покрытия надколенника при замещении коленного сустава из-за риска серьезных осложнений. Они провели перспективное исследование с целью оценки функционального исхода у больных, которым надколенник не покрывали повторно. В исследовании приняли участие 11 больных (17 коленных суставов), которые отвечали критериям включения. Дооперационный диагноз у всех больных - остеоартрит. При необходимости проводили латеральное освобождение удерживателя. Для оценки коленных суставов использовали балльную систему Госпиталя Специальной Хирургии (HSS). Средний период контроля составлял 10,5

лет (в пределах 10-10,8 лет). Среднее количество баллов по системе HSS составляло от 40 до 83. Средняя амплитуда подвижности коленного сустава после операции составляла 105°. При постоперативном анализе рентгенограмм выявлено отсутствие соотношения между целостностью хряща и степенью боли. Авторы заключили, что при остеоартрите повторное покрытие надколенника не относится к процедурам установившейся практики при замещении коленного сустава.

5. Two-stage treatment of chronic staphylococcal orthopaedic implant-related infections using vancomycin impregnated PMMA spacer and rifampin containing antibiotic protocol / Z.U. Isiklar, H. Demirörs, S. Akpinar, R.N. Tandogan, M. Alparslan // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 79-85. Двухэтапное лечение хронических инфекций, вызванных ортопедическими имплантатами, с использованием импрегнированных ванкомицином прокладок PMMA и схемы антибиотиков, включающих рифампин.

Для определения клинической роли рифампин-содержащих антибиотиков и модифицированной двухэтапной заменяемой артропластики с использованием прокладок из метилметакрилата, пропитанных ванкомицином (PMMA), для устранения инфекций ортопедического имплантата, вызванных *Staphylococcus epidermidis*, было предпринято перспективное исследование. В исследовании участвовали всего 10 больных, средний возраст которых составлял 59 лет (от 32 до 78 лет). Средний период контроля составлял 23,4 месяца (от 16 до 36 месяцев). У 6 больных отмечалась инфицированная гемияртропластика тазобедренного (т/б) сустава, у 3-х больных – инфицированная тотальная артропластика т/б сустава и у одного – инфицированный перелом шейки бедра с неудачной имплантацией и псевдоартрозом. При культивировании у всех определена инфекция *Staphylococcus epidermidis*, причём в 6 случаях инфекции были устойчивы к метициллину.

После очищения раны и имплантации PMMA прокладки приступили к введению антибиотика рифампин-ванкомицина, что продолжалось до тех пор, пока значения СОЭ и С-реактивного белка не стали нормальными. После реимплантации и выписки из госпиталя больные продолжали орально принимать антибиотики с рифампин-ципрофлоксацином в течение 3-6 месяцев. При заключительном контрольном обследовании ни у одного из больных не отмечалось клинических или лабораторных признаков инфекции. Хотя в данном исследовании и используется ограниченное число больных, а период контроля является относительно коротким, результаты показывают, что при наличии инфициро-

вания ортопедического имплантата *Staphylococcus epidermidis* может оказаться полезной модифицированная двухэтапная заменяемая артропластика с использованием пропитанной ванкомицином прокладки PMMA и рифампин-содержащих антибиотиков.

6. Korkusuz F., Uluoglu Ö. Non-specific inflammation and bone marrow depletion due to intramedullary porous hydroxyapatite application // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 86-91. Неспецифическое воспаление и истощение костного мозга из-за применения интрамедуллярного пористого гидроксиапатита.

Керамические изделия из гидроксиапатита кальция (НА) широко используются в ортопедической хирургии и известны своей биосовместимостью, биodeградируемостью и остеоиндуктивностью. При последних исследованиях НА после операций по замещению т/б сустава были выявлены воспалительные реакции на ранних стадиях и износ. Цель данного исследования – изучение воспалительной реакции на НА на ранних стадиях методами обычной рентгенографии, гистопатологии и сканирующей электронной микроскопии (СЭМ). НА имплантировали в медуллярную область большеберцовых (б/б) костей кроликов и наблюдали в период от 1 недели до 6 месяцев. Рентгенография выявила локальный остеопороз на 6-й неделе и на 6-м месяце у некоторых кроликов, но не у всех. СЭМ выявила благоприятное связывание имплантата с кортикальной костью. Гистопатологические исследования показали осаждение эозинофилов, неспецифическое локальное воспаление и истощение костного мозга. В области воспаления были определены многоядерные клетки. Хотя было продемонстрировано врастание кости в поры НА, нет сомнений в том, что НА может вызывать раннюю воспалительную реакцию в костном мозге. За этой воспалительной реакцией следует истощение костного мозга, она может являться ранним признаком и причиной неудачной имплантации при использовании имплантатов, покрытых НА.

7. Z-plate instrumentation in thoracolumbar spinal fractures / E. Aydin, A.S. Solak, M.M. Tuzuner, I.T. Benli, M. Kis // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 92-97. Остеосинтез Z-образной пластинкой при переломах грудного отдела позвоночника.

Передняя декомпрессия даёт возможность прямого доступа и хорошей ревизии канала на уровне повреждения при переломах грудного отдела позвоночника, а декомпрессия нервных элементов является важным фактором для неврологического улучшения и облегчения боли во многих случаях. В данном исследовании представлен обзор результатов проведения пе-

редней декомпрессии и остеосинтеза Z-образной пластиной при переломах грудного отдела позвоночника. 19 больным с застарелыми переломами позвоночника (в среднем: 3-летней давности) и нейтральной компрессией и 15 больным со свежими переломами грудного отдела позвоночника и с неврологической недостаточностью и/или сильной обструкцией спинномозгового канала спереди произвели переднюю декомпрессию и передний спондилодез с использованием Z-образной пластины. Стабилизацию поддерживали наложением термопластических скоб в грудном отделе сроком на 6 месяцев. Степень дооперативного кифоза в среднем составляла 20,9° (от 7° до 64°), тогда как после операции она составляла 8,0° (от -12° до 35°). Степень риска повреждения медуллярного канала в среднем составляла 41% (от 13% до 67%), а после операции она составила в среднем 6% (от 0% до 18%). Контрольный период у больных длился в среднем 30 месяцев (от 25 до 36 месяцев). Оставшиеся без изменений положения костных трансплантатов и статистически незначительная потеря коррекции в сагиттальной плоскости считали подтверждением костного сращения у всех больных. Остеосинтез с Z-пластиной обеспечивает стабильную фиксацию. Кроме того, такая методика легка в применении и более выгодна из-за совместимости с MRI.

8. Giant cell tumor of bone / Y. Saglik, Y. Yildiz, A. Karakas, H. Ögüt, S. Ereku // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 98-104.
Гигантоклеточная опухоль кости.

В клинике авторов в период с 1986 по 1998 гг. диагноз гигантоклеточной опухоли (ГКО) кости был поставлен в 72 случаях. Средний возраст больных – 35 лет (от 11 до 63 лет), а соотношение больных женского и мужского пола составляло 1,3:1. В 54% случаев была поражена зона около коленного сустава (дистальный отдел бедра, верхний отдел большеберцовой кости и верхний отдел малоберцовой кости). У четырех больных была злокачественная форма заболевания, и ещё у четырех заболевание началось до закрытия ростковых зон. случаев многоочагового поражения не было. У 9-ти больных был выявлен патологический перелом. Гистологическое классифицирование произвели у 47 больных. У 23 больных (49%) была степень I заболевания, у 17-ти (36%) – степень II, и у 7-ми (15%) – степень III. Средний период контроля составлял 59,6 месяцев (от 24 до 142 месяцев) у больных с минимальным периодом контроля в 2 года. Процент осложнений – 33%.

9. Percutaneous autologous bone marrow grafting for simple bone cysts / N. Köse, E. Göktürk, A. Turgut, I. Günel, S. Seber // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 105-110.

Чрескожная аутогенная трансплантация костного мозга при простых костных кистах.

12 больных с простыми костными кистами, которые лечили проведением чрескожной аутогенной трансплантации костного мозга, исследовали с целью оценки рентгенографического заживления кист, осложнений и клинического исхода. Процедура заключалась в чрескожном отсасывании кистозной жидкости и инъецировании аутогенного костного мозга, отсасываемого из заднего отдела гребня подвздошной кости, в полость кисты. Средний объем пораженной составлял 51,2 см³ (от 27 до 74 см³). Средний период контроля составлял 23 месяца (от 18 до 38 месяцев). Полное заживление имело место у 2-х больных. В трёх случаях возник остаточный кистозный дефект, при котором потребовалось выскабливание кюреткой и трансплантация костной стружки. В 6-ти случаях отмечался рецидив. У одного больного не отмечалось никаких признаков заживления. Авторы сделали заключение о том, что размер, наличие нескольких полостей и полнота заполнения кисты костным мозгом при трансплантации могут оказывать влияние на постоперативные результаты лечения простых костных кист инъецированием костного мозга. Более благоприятный результат отмечался в случае однополостных кист небольшого размера. Поэтому авторы считают, что данный метод лечения надо применять больным только после тщательного их отбора.

10. Atik O.S., Tali T. Does the Holmium:YAG laser cause osteonecrosis ? // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 111-113. Действительно ли лазер Holmium:YAG вызывает остеонекроз?

Некоторые авторы сообщали о ряде случаев параартикулярного остеонекроза после артроскопического хирургического вмешательства на коленном суставе с использованием лазера для содействия в лечении патологии хряща и мениска. Авторы провели перспективное клиническое исследование, чтобы определить, действительно ли после артроскопической хирургии с использованием лазера возникает остеонекроз. 55 больных с проблемами хряща в области коленных суставов разделили на 2 группы: 30 больных входили в группу с использованием лазера и 25 больных – в группу, которую лечили обычным инструментарием. Мощность лазера Holmium:YAG была установлена на 0,5-1,5 джоулей на импульс и на 5 и 25 герц. Общая мощность, используемая для проведения процедур составляла 1-2 Кджоуля. Изображение магнитным резонансом делали всем больным до операции и после операции (в период 3-го, 6-го и 13-го месяца). Остеонекроза не возникло ни у одного из больных после проведения артроскопической хирургии с использованием лазера.

Если лазер Holmium:YAG используется при оптимальной дозировке (оптимальное кол-во джоулей и герц), технически оптимально (держа ручку под соответствующим углом и на соответствующем расстоянии) и оптимальное время (в течение требуемого для лечения времени, не превышая его), то он не вызывает никакого остеонекроза.

11. The effect of extracorporeal shock wave treatment (ESWT) on bone defects. An experimental study / M.M. Uslu, Ö. Bozdogan, S. Güney et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 2. - P. 114-118. Эффект лечения костных дефектов ударной экстракорпоральной волной (ESWT). Экспериментальное исследование.

Цель данного исследования – изучить эффекты лечения ударной экстракорпоральной волной ((ESWT)) на образование костной мозоли в костных дефектах, созданных в лучевых костях кроликов. Это исследование представляет собой поиск ответа на вопрос о том, может ли ESWT оказывать терапевтический эффект на костные дефекты. Костный дефект с радиусом в 1 см создавали в обеих передних конечностях 20 кроликов. На 7-й, 14-й и 21-й дни проводили ESWT образующейся костной мозоли в правой

лучевой кости под контролем флюороскопии. На 6-й и 12-й неделе животных забивали и проводили анализ костной мозоли на компьютерной сканограмме с помощью рентгеновского абсорбциометра с двойной энергией. Проводили и гистологические анализы. Полученные результаты выявили, что в обеих группах средняя площадь костной мозоли в области дефекта правой лучевой кости (с применением ESWT) была больше и являлась статистически значимой на 12-й неделе ($p < 0.05$). Разницы в костной плотности не отмечалось. Гистологически в обеих группах площадь костной мозоли была больше на правой стороне (где применялось ESWT). Однако, в первой группе на правой стороне трабекулы занимали меньшее пространство. Области грануляционной ткани и хондральные зоны справа были больше. Авторы пришли к заключению, что ESWT оказывает на образующуюся мозоль скорее дезорганизующий и рассеивающий эффект, а не остеоиндуктивный непосредственно. Такой эффект может играть терапевтическую роль в костных дефектах и в ситуациях, подобных удлинению костной мозоли, когда необходима её большая величина.

Молодые ученые – стипендиаты SOFCOT

9-12 ноября 1999 года в Париже состоялся 74 конгресс французского хирургического общества травматологов и ортопедов (SOFCOT), в работе которого приняли участие сотрудники РНЦ «ВТО» **М.Г. Знаменская, И.А. Атманский и С.В. Люлин**. Молодым ученым центра были вручены стипендии SOFCOT для иностранных специалистов за новые научно-практические разработки в области травматологии и ортопедии.



М.Г. Знаменская



И.А. Атманский



С.В. Люлин

Коллектив РНЦ «ВТО» поздравляет стипендиатов и желает им дальнейших творческих успехов.

