

**Рефераты статей, опубликованных в журнале
*Bulletin Hospital for Jt. Dis. Vol. 58, Number 3. 1999***

Bourne R.B. The planning and implementation of the Canadian joint replacement registry // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 3. - P. 128-132. Планирование и осуществление регистрации замещения суставов в Канаде.

Канадцы очень заботятся о своем здоровье и о своей системе здравоохранения. Они хотят вести здоровый, продуктивный образ жизни и иметь возможность обращения к финансово-результативным службам здравоохранения. Для этого информационное обеспечение должно быть лучше, а федеральные власти, несомненно, взяли инициативу («Информационная карта-путеводитель в области здравоохранения») в свои руки. Именно на основе этих предпосылок появилось желание создать Канадское Бюро Регистрации Замещения Суставов. Формальное планирование началось в 1995 году. В 1996 году была изучена возможность и разработан опытный проект в 12 общественных и академических центрах Канады. Целесообразность развития такой организации основывалась на том факте, что мы, хирурги-ортопеды, часто видим и понимаем потребность в чем-то, но не можем раскрыть это и усовершенствовать соответствующим образом. Примером тому может являться хирургия полного замещения сустава. Она имеет хорошие и плохие стороны. Имеется в виду, во-первых, полезный эффект хирургии замещения тазобедренного и коленного суставов, а также ее долговечность и финансовая результативность. Ну, а к плохим аспектам такой хирургии относятся инфицирование, износ/остеолиз, боли в бедре и вывих. Отмечают и еще более неприятные стороны таких операций, связанные, в основном, с неправильным применением инструментария и отсутствием надзора после его приобретения, а также многое другое. В настоящее время у хирургов-ортопедов имеется ряд источников доступной информации (мета-анализы, большие массивы данных и выборочный клинический опыт). Недостатки такой информации вынудили многих исследователей задать вопрос: «Что могло бы быть лучше?» Многие при этом считают, что государственная регистрация могла бы ответить на этот вопрос. Моделью для этой системы является Бюро Регистрации замещения суставов в Швеции. Регистрация полного замещения коленного сустава началась в 1995 году, а регистрация замещения тазобедренного сустава (т/б) сустава в Швеции – в 1979 году. На основе положительных аспектов регистрации замещения суставов в Швеции была введена аналогичная регистрация в Норвегии и Финлян-

дии. Государственная регистрация в этих странах основана на том, что нет больших различий между категориями больных, типами хирургических операций и имплантатов. Поэтому часто необходимо иметь очень большое количество процедур полного замещения суставов, если нужно повести анализ и определить тенденции или различия. Бюро Регистрации Замещения Суставов в Швеции отмечает ряд существенных моментов. Во-первых, наблюдается прогрессивное сокращение процента ревизий после операций по замещению т/б и коленного суставов, что может послужить примером для других стран. Кроме того, Бюро Государственной Регистрации Швеции выявляло плохие имплантаты на раннем этапе и тем самым обеспечило гарантию качества и их непрерывное совершенствование. Очень важно и то, что Государственная Регистрация Швеции оказала большое влияние на провайдеров здравоохранения, обеспечив доступность и финансирование лечения больных артритом.

Далее автор представляет систему регистрации замещения суставов в Канаде, которая была предложена в 1995 году хирургами-ортопедами страны под покровительством Канадской Ортопедической Ассоциации. Изучение возможностей было проведено в 1996 году, а опытное исследование – в 1997 году. Основной задачей развития системы Регистрации замещения суставов в Канаде являлось обеспечение подтверждающих данных, необходимых для принятия решений на основе полученных сведений. Второй задачей являлось использование полученных в результате анализа информации сведений для воздействия на правительство, которое финансирует систему здравоохранения в Канаде. А для достижения вышеуказанной одной из первейших целей ставился поиск финансовых партнеров, которые могли бы выделить средства для учреждения системы Регистрации Замещения Суставов в Канаде и поддержать ее существование. Здравоохранение Канады признало свою ответственность в отношении обеспечения безопасности медицинских приспособлений и принадлежностей. Было признано и то, что ценным вкладом явился бы надзор за ортопедическими имплантатами после их приобретения. Поэтому Канадский Институт Здравоохранения обеспечивался большой субсидией для работы с хирургами-ортопедами страны по разработке системы регистрации замещения суставов. Существенная роль регистрации замещения суставов была выявлена в некоторых областях и заключалась в уменьшении заболеваемости и дорогих процедур – ревизий. В

этих областях поняли, что регистрация может играть важную роль в разработке индекса тяжести, т.е. самые тяжелые больные будут поступать на лечение в первую очередь. Кроме того, значение регистрации выявлялось при ведении списков очереди, принятии решений для финансового перечисления на основе полученной информации, обеспечении удовлетворенности больного / провайдера, контролировании качества достигнутых пожизненных результатов, определении критериев выбора имплантатов и анализе отклонений. Было установлено и большое значение потенциала научных изысканий Канадской Системы Регистрации Замещения Суставов. Что касается научной работы этой системы, то с этой целью этой Системе были выделены значительные денежные средства.

На данном этапе Система Регистрации замещения суставов в Канаде является реальностью. Осуществляется ее финансирование. Имеется план энергичных действий. Много партнеров – гарантия возможности длительного существования.

Деятельность Системы будет развернута в государственном масштабе совместно с деятельностью Канадского Института Информации Здравоохранения, который поставляет определенный объем сведений о здоровье в Статистическую Службу Канады. У Канадской Системы Регистрации Замещения Суставов блестящее будущее.

The Swedish knee arthroplasty register. 25 years experience / O. Robertsson, M.J. Dunbar, K. Knutson et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999.- Vol. 58, N 3. - P. 133-138. Регистрация артропластик коленного сустава в Швеции. 25-летний опыт.

С 1975 года Бюро Регистрации Артропластики Коленного Сустава Швеции (SKAR) зарегистрировало около 85% всех эндопротезирований коленного сустава в Швеции. Зарегистрировано более 65 000 операций у 50 000 больных. Эта база данных уникальна тем, что представляет собой опыт всего государства в артропластике коленного сустава. В Швеции и других скандинавских странах такие исследования можно проводить, прежде всего потому, что все граждане имеют социальную страховку. Ее номер позволяет проследить пациентов в течение длительного периода времени. Если больному делают ревизию в каком-то другом учреждении, то запись этой ревизии будет направлена в координационный центр и дополняется к компьютерным данным о первой операции по номеру социальной страховки. При анализе результатов лечения следует также учитывать тех больных, которые умерли с наличием протезов или которые, по ряду причин были не учтены. Опять-таки номер социальной страховки дает такую возможность. Регистрация артропластик коленного сустава производится

только в целях проверки и никогда не оказывает влияния на членов-участников или групп-участниц. Прежде всего, все больные, которые включались в исследование, принимали участие в анкетировании, предназначенном для хирурга, через 1, 3, 6 и 10 лет после показательной операции, чтобы подтвердить, что больной не подвергался повторной операции и дать оценку удовлетворенности больного. При этом ревизия считалась показателем неудачи, поскольку ревизия неоспоримо является окончательным неудачным результатом протезирования. Кроме того, нет оснований считать, что сомнения в проведении ревизии неудавшейся артропластики сегодня являются большими, чем раньше. К 1991 году была разработана система, которая давала возможность каждому отделению точно определять характеристику используемых протезов, позволяя тем самым распределение по категориям для сравнения не только фактических протезов, но и аналогичных концепций реконструкции. В то же самое время компьютерная программа предусматривалась таким образом, чтобы каждое отделение могло зарегистрировать свои операции на персональном компьютере (PC) локально, а раз в год - в файле программируемого центра в Лунде. Связь с участвующими отделениями осуществлялась регулярно посредством составления графика подробных сообщений и сравнения их результатов с собранными данными из Швеции, а также для подтверждения копии информации, зарегистрированной в отделении. С годами появилась возможность определять ранние признаки неудачных имплантатов, которые предотвратили значительные расходы для шведов. Сообщалось также и об улучшении приживления протезов со временем, и об уменьшении различий между хирургическими отделениями.

Из всех первичных артропластик коленного сустава, произведенных в Швеции, сообщалось примерно о 85%, но незначительная потеря первичных артропластик не считалась проблемой. Важно то, что регистрируются все ревизии после включенных в указанный процент артропластик. Чтобы выяснить точность регистрации ревизий у больных, зарегистрированных в базе данных, проводилось анкетирование всех живых больных, прооперированных в период с 1976 по 1996 гг. В настоящее время авторы уже обосновали данные до конца 1995 года. Выяснено, что при проведении 30 796 операций в списке регистрации не сообщается о 506 истинных ревизиях (это примерно 1 из 5 ревизий). Чтобы выяснить, можно ли определить отсутствующие ревизии, не спрашивая непосредственно у больных, ответы на анкеты проверяли в базе данных госпитализации больных PAS. Используя эту базу данных, можно было проверить и внести исправления в SKAR. После этой дополнительной работы ревизии были

зарегистрированы по крайней мере в 94% случаев. В настоящее время единственным показателем результата, по которому можно оценить функцию и выполнение артропластики различного типа и концепций, являлся при регистрации показатель ревизий. Но это лишь немного говорит о состоянии больных, которым ревизия не потребовалась. Сейчас довольно неплохо используется анкетирование. И по проекту, финансируемому Канадским Фондом по Проблемам Артритов, именно общее и специфическое (в соответствии с заболеванием) анкетирование было выбрано для проведения исследований. Конечной целью пространной оценки результатов различными способами являлось выяснение того факта, можно ли по анкете прогнозировать проведение ревизии в будущем. Только в течение первого года можно проводить обычные контрольные обследования, а затем следить за больными с помощью самоанкетирования. Следует производить клиническое и рентгенографическое контрольное обследование, когда больные информируют об ухудшении. Сейчас такие данные анализируются, чтобы выбрать одно заболевание и один общий показатель состояния здоровья (при получении результатов авторы планируют представить их для публикации).

Авторы считают, что должны продолжать регистрацию, руководствуясь высказыванием М. West: *Из двух пагубных вещей я всегда выбираю то, с чем еще не сталкивался*. Было бы идеально собрать все факторы хирургические и связанные с больными, а также релевантные артропластике. Однако по опыту авторов выясняется, что это создает трудности в отношении стандартизации данных и ограничивает добровольное содействие хирургов. Больше данных – это не всегда лучше. Для успешной регистрации требуется ряд условий. В целях контроля личность больного надо устанавливать на государственном уровне. Параллельная регистрация, использующая такую же уникальную идентификацию личности, должна быть уместна с целью увеличения такой базы данных как регистрация государственной переписи со статистикой смертности на данный момент. По всей вероятности, ортопеды собираются продолжать исследовать неизвестное, и к такой неизбежности должна быть подготовлена государственная регистрация.

Havelin L.I. The Norwegian joint registry // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999.- Vol. 58, N 3. - P. 139-147. Регистрация замещения суставов в Норвегии.

Ортопедическая Ассоциация Норвегии учредила Норвежское Бюро Регистрации Артропластики в 1987 году сначала как Бюро регистрации протезирования тазобедренного сустава, а с января 1994 года оно было расширено и включало все искусственные суставы. Основная цель

заключалась в исследовании результатов операций по замещению суставов. Во всех больницах Норвегии хирурги-ортопеды были согласны принять участие. Пока зарегистрировано 60 000 полных замещений тазобедренного сустава.

Сообщается как о первичных операциях, так и о ревизиях, и, пользуясь номером государственной регистрации больных, можно связать ревизию с первичной операцией и провести анализ вживляемости имплантатов с коррективкой на возможную путаницу, вызываемую такими факторами, как возраст, пол и диагноз. Поскольку компоненты протеза регистрируются в индивидуальном порядке, вживление таких компонентов, как колпачок или стержень, можно рассчитать отдельно, даже при проводимой в заключение ревизии. Причина ревизии регистрируется, и можно сделать оценку частотности ревизии, проводимой из-за асептического расшатывания стержня или колпачка, инфекции, вывиха, износа, остеолита или по другим причинам.

В целях безопасности хирургов, а также для получения полной информации о неудачных случаях фамилии хирургов не регистрируются, а результаты, полученные в госпиталях, хранятся конфиденциально. Расходы по регистрации оплачивает государство, кроме того, регистрация не зависит от производственных субсидий. Издержки на каждый зарегистрированный имплантат составляют примерно 18 долларов США. С помощью такой системы удавалось определить плохие результаты применения имплантатов уже через три года. Несколько марок нецементируемых протезов и две марки цемента были сняты с продажи, главным образом, на основании результатов автора.

Регистрация артропластики является ценным способом как для контроля качества, так и для исследований в области хирургии замещения суставов.

Rothwell A.G. Development of the New Zealand joint register // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999.- Vol. 58, N 3. - P. 148-160. Совершенствование регистрации замещения суставов в Новой Зеландии.

В 1997 году, когда отмечалось 30 лет артропластики суставов в Новой Зеландии, Ортопедическая Ассоциация Новой Зеландии согласилась учредить государственную регистрацию тазобедренного и коленного суставов с базированием ее в отделении ортопедической хирургии Госпиталя Christchurch.

В данной статье подробно представлены этапы развития Системы Регистрации, возникавшие при этом проблемы и их решение, а также испытательный период перед внедрением (в государственном масштабе) процесса сбора данных в 42-х госпиталях Новой Зеландии в апреле 1999 года. Весь процесс занял 17 меся-

цев, причем его характерными особенностями являлись следующие: горячее и добровольное участие среднего медицинского персонала и включение обобщенных данных по результатам больных. Однако потребуются по меньшей мере 5 лет, прежде чем данных будет достаточно для любого значимого анализа.

Clinical outcomes in orthopaedic surgery. The collaborative efforts of orthopaedic surgeons with industry / J.J. Wixted, N.K. Grover, F.A. Anderson, R.H. Fitzgerald // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999.- Vol. 58, N 3. - P. 161-1165. Клинические результаты в ортопедической хирургии. Попытка сотрудничества хирургов-ортопедов с производством.

Обычная оценка клинических исходов с систематической обратной связью дает хирургам возможность объективно контролировать практическую деятельность и улучшать уход за больными. Провайдеры здравоохранения также извлекают пользу из этих данных, так как система здравоохранения в США отодвигается от традиционной модели, при которой больные выбирают врачей и госпитали, к уходу, регулируемому страховыми фирмами и работодателями. Повышение интереса к прослеживанию результатов состояния здоровья в 1990-х годах не исчезло у руководителей индустрии фармацевтических и медицинских приборов; они понимают свою возможность укрепить свои взаимоотношения с хирургами при поддержке ими множества программ оценки результатов.

В данной работе приводится обзор общих усилий в поддержку оценки результатов после

полного замещения суставов, в том числе мотивы оказания помощи врачам и мотивации возможных конфликтов, представляющих интерес. Подведен итог текущей деятельности различных корпораций по результатам полного замещения суставов. В качестве примера более подробно рассматривается приобретенный авторами опыт их деятельности по корпоративному финансированию Системы Регистрации Тазобедренного и Коленного Суставов (The Hip & Knee Registry).

Корпоративно спонсируемая деятельность, связанная с результатами, развивалась, начиная от регистрации специфических устройств и приспособлений и кончая базами данных большого масштаба, которые отражают растущую потребность хирургов-ортопедов в информации по результатам. Ситуации проводимого ухода предписывают демонстрацию отдельными хирургами того факта, что эти процедуры в известной степени клинически полезны и положительно воздействуют не только на функциональную способность больных, но также и на связанный с состоянием здоровья образ жизни. Такие бюро большого масштаба по регистрации результатов в Северной Америке, как The Hip & Knee Registry, дают хирургам возможность отмечать этапы своей индивидуальной практической деятельности, тогда как их конкуренты регионального и государственного масштаба такой возможности не дают. Корпоративные спонсоры таких бюро извлекают выгоду из неосязаемых активов, приносящих такую хорошую прибыль.

Рефераты статей, опубликованных в журнале Bulletin Hospital for Joint Diseases, 1999. - Vol. 58, N 4

The self-compressing tibial intramedullary nail / F.J. Kummer, D.G. Hickey, S.G. Maurer et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 4. - P. 181-183. Самосжимающийся интрамедуллярный гвоздь для большеберцовой кости.

При лабораторном анализе самосжимающегося гвоздя для большеберцовой кости продемонстрировано, что при моделировании перелома или несращения можно получить значительную первоначальную компрессию и управлять ею. Однако при испытании такого гвоздя на циклические нагрузки имела место потеря его первоначальной статической компрессии.

The results of intraoperative autotransfusion in orthopaedic surgery / I.T. Benli, S. Akalin, E. Duman et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. - 1999. - Vol. 58, N 4. - P. 184-187. Результаты преоперативной аутогемотрансфузии в ортопедической хирургии.

Кровотечение, связанное с обширной ортопедической операцией, может стать угрозой для жизни. Переливание гомогенной донорской крови может возместить массу потерянной крови, но при этом имеются серьезные недостатки, такие как передача вирусных факторов, недостаточное количество тромбоцитов, а также возможны и реакции на переливание. Для уменьшения этих недостатков используют гипотензивную анестезию, переливание консервированной аутогенной крови и аутогемотрансфузию при операции. В данном исследовании дается оценка результатов у 700 больных, которые подвергались обширному ортопедическому вмешательству в клинике авторов в период с июня 1991 года по апрель 1998 года. 99 больным произвели операции на тазобедренном суставе и 601 больному – на позвоночнике. Отделение аутогемотрансфузии сохранило в среднем $858,9 \pm 136,8$ cc крови, и в среднем $1,9 \pm 1,2$

единиц такой сохраненной крови было перелито. Ни одному из этих больных не понадобилось переливания гомогенной крови. 100 больных, которым в тот же период делали операцию на позвоночнике, использовали в качестве группы контроля. Для группы контроля требовалось в среднем $3,2 \pm 2,1$ единиц донорской крови. Преоперативные и послеоперативные значения гематокрита выявили статистически значимую разницу между показателями в группе аутогемотрансфузии и в группе переливания гомогенной крови ($p < 0,05$). По результатам этого исследования можно предположить, что проведение аутогемотрансфузии при операции предотвращает уменьшение значений гематокрита, снижая при этом потребность в переливании донорской крови и, следовательно, предотвращая риск передачи вирусных инфекций.

Increased operative bleeding during orthopaedic surgery in patients with Type I Gaucher disease and bone involvement / K. Katz, Tamary Hanna, Lahav Judith et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 188-190. Усиление оперативного кровотечения при ортопедической операции у больных с болезнью Гоше типа I и поражением кости.

Чтобы помочь клиницистам идентифицировать больных с болезнью Гоше типа I, которым грозит опасность обильного кровотечения, мы рассмотрели параметры коагуляции у 6 больных с поражением костей, которым сделали ортопедические операции в двух центрах, и у 22 больных, проходящих лечение еще в одном центре, 7 из которых была проведена полная спленектомия. Все больные были евреи Ашкенази. У 81% больных последней группы отмечалось пролонгированное протромбиновое время. Частотность недостаточности фактора свертывания являлась следующей: фактор XI – 36,3%; V – 31,8%; VIII – 27,2%; IX – 13,6%; и XII – 27,2%. Большинство аномалий имело место у больных, которым не производилась спленектомия.

У двух из 6-ти больных, подвергшихся ортопедической операции, имело место обильное кровотечение во время операции и после нее. У одного больного, которому произвели спинальную декомпрессию, отмечалось пролонгированное протромбиновое время, а у другого, которому произвели тотальное замещение тазобедренного сустава, имела место недостаточность фактора XI. Уровень гемоглобина у второго больного поддерживали переливанием свежзамороженной плазмы при артропластике противоположного тазобедренного сустава 5-ю месяцами позже.

Авторы предполагают, что преоперативная оценка факторов свертывания и терапии замещения может предотвратить обильное кровоте-

чение у больных с болезнью Гоше по типу I.

Dai L. Lumbosacral transitional vertebrae and low back pain // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 191-193. Пояснично-крестцовые промежуточные позвонки и боль в пояснице.

При исследовании обзорных рентгенограмм у здоровых субъектов и у больных с хронической болью в пояснице была проанализирована взаимосвязь между пояснично-крестцовыми промежуточными позвонками и болью в пояснице. Из 184-х здоровых субъектов только у 29 (15,8%) были промежуточные позвонки, а среди 276 больных таковые имелись у 97 (35,1%). Разница была очень существенной ($p < 0,01$). Частотность промежуточных позвонков по типу II Castelli была значительно выше у больных с болями в пояснице в сравнении с контрольными субъектами ($p < 0,01$). Проведенное исследование показывает этиологическую роль пояснично-крестцового позвонка в наличии болей в пояснице.

Intraobserver and interobserver reliability of Kalamchi and Macewen's Classification System for evaluation of avascular necrosis of the femoral head in developmental hip dysplasia / H. Omeroglu, Y. Tumer, A. Bicimoglu, H. Agus // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 194-196. Достоверность системы классификации Kalamchi и Macewen при оценке экспертами аваскулярного некроза головки бедра при развивающейся дисплазии тазобедренного сустава.

В данном исследовании проведена оценка экспертами достоверности системы классификации Kalamchi и Macewen при аваскулярном некрозе головки бедра. Рентгенограммы 48 тазобедренных суставов с дисплазией развития, среднее время контроля которых составляло 40,5 месяцев (от 32 до 52 месяцев) и которых лечили по одинаковой оперативной методике, описывались дважды четырьмя опытными хирургами-ортопедами педиатрического профиля. Когда учитывалось отсутствие или наличие аваскулярного некроза, средний процент согласия каждого специалиста и коэффициент каппа составляли 86% и 0,71, соответственно. Средний процент взаимной согласованности специалистов и коэффициент каппа составляли 83% и 0,66, соответственно. При анализе согласованности относительно типа аваскулярного некроза средний процент согласия каждого специалиста и коэффициент каппа составляли 85% и 0,74, соответственно. Средний процент взаимной согласованности и коэффициент каппа составляли при этом 81% и 0,66, соответственно. Не было выявлено никакой статистически значимой разницы во мнениях четырех специалистов относительно частоты аваскулярного некроза.

Система классификации Kalamchi и Macewen является достоверной и воспроизводимой.

Rose S., Maffulli N. Hip fractures. An epidemiological review // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 197-201. Переломы тазобедренного сустава. Эпидемиологический обзор.

Проведен компьютерный поиск литературы для выявления статей по эпидемиологии переломов тазобедренного сустава. В целом были собраны данные 56 статей, главным образом из развитых западных стран. Критериями включения работы являлись: метод случайной выборки, размер образца и релевантность применительно к проблеме исследования. Поскольку пропорция лиц пожилого возраста среди всего населения увеличилась, повысилась и частотность переломов тазобедренного сустава. Смертность является высокой: треть больных не выживает более года после перелома т/б сустава. Есть два основных определяющих фактора переломов т/б сустава: падения и повышенная ломкость костей. Наиболее важными выявленными факторами риска возникновения переломов т/б сустава являются нервно-мышечные и зрительные нарушения, состояние здоровья до перелома, слабоумие, низкая костная плотность, употребление алкоголя, курение и иммобилизация. Кроме того, более худые люди подвергнуты более высокому риску из-за пониженного растрачивания энергии после падения. Отмечается существенно более высокий риск переломов у служащих. Основными мерами профилактики являются уменьшение падений и их последствий, укрепление костей или с помощью устранения факторов риска, или с помощью медицинских препаратов. Следует предпочитать хирургическое лечение и раннюю реабилитацию. Профилактика оказалась единственным наиболее важным фактором, способствующим снижению возрастающей частотности таких переломов. Надо больше исследовать профилактические меры.

The surgical treatment of spinal deformities in the department of orthopaedic surgery, University Medical School of Pécs, Hungary. History and development / T. Illés, Á. Bellyei, J. Kráncz, L. Bárdosi // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 202-205. Хирургическое лечение деформаций позвоночника в отделении ортопедической хирургии медицинского факультета университета в Pécs (Венгрия). История и развитие.

С момента основания в 1966 году в отделении ортопедической хирургии медицинского факультета университета в Pécs большое внимание уделяется лечению деформаций позвоночника, особенно идиопатического сколиоза. Авторы сравнили результаты трех разных хирур-

гических методов (модифицированных по Hibbs, Harrington, Cotrel-Dubousset) у 171 больного в период с 1966 по 1992 гг. Средний период наблюдений составлял от 2 до 13,2 лет. В случаях, в которых использовалась модифицированная процедура Hibbs, авторами была достигнута коррекция, составляющая 26%, при использовании операции Harrington – 43,9%, причем после операции Hibbs потеря коррекции составила 100%, после операции Harrington – 18% в период контроля. В случае применения инструментария Cotrel-Dubousset достигнутая авторами коррекция составляла 70%, но период контроля был слишком коротким (2 года), чтобы можно было оценить потерю коррекции в этих случаях.

Illés T., Fischer J., Szabó G. Lectin histochemistry of pathological bones // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 206-211. Патологические кости – гистохимия лектина.

Имеющиеся у нас знания о структуре и функции гликопротеинов в костной ткани очень ограничены. Введение лектинов в гистологию явилось принципиально новым подходом к изучению наличия и химической структуры гликопротеинов в тканевых срезах. Для определения гликопротеинов в клеточных элементах нормальной кости и при доброкачественных поражениях кости в данной статье использованы специфичные молекулы связывания углеводов. Проведено ретроспективное исследование 35 доброкачественных поражений костей (7 фиброзных дисплазий, 5 гранулём, обусловленных инородным телом, 5 случаев эпюлиса, 8 остеонидных остеом, 10 гигантоклеточных опухолей) наряду с 25 образцами нормальных костей. В образцах нормальных костей и во всех случаях доброкачественных костных поражений были выявлены два характерных типа связывания PNA после усвоения нейраминидазы в остеокластах. В остеокластах, которые не адгезировались к костной поверхности, отмечалось диффузное интрацитоплазматическое связывание PNA, а после адгезирования к костной поверхности оно исчезало, и зона резорбции становилась окрашиваемой. Авторы предполагают, что этот PNA-связывающий гликопротеин образуется в цитоплазме остеокластов, а затем после активирования остеокластов гликопротеин накапливается в зоне резорбции цитомембраны, где он выполняет важную роль в костной резорбции.

Lumbar spinal synovial cyst presenting with neurological deficit. A case report and review of the literature / K. Kaneko, Y. Inoue, Y. Nakano et al. // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 212-216. Синовиальная киста поясничного отдела позвоночника, представленная с неврологическим дефицитом. Сообщение

случая и обзор литературы.

Спинальная синовиальная киста встречается нечасто. Авторы данной работы сообщили о случае синовиальной кисты поясничного отдела позвоночника, представляющей неврологический дефицит. 78-летняя женщина поступила в госпиталь с болями в пояснице, иррадиирующими в левую ягодицу. Проведенная миелография с компьютерной томографией, а также изображение магнитным резонансом выявили экстрадуральное кистозное поражение на уровне L5 и S1. При операции использовали стандартный задний доступ, чтобы обнажить задние элементы от L5 до S1. На уровне L5 и вплоть до S1 произвели ламинектомию блоком и тотальное удаление кисты. Постоперативный период проходил без осложнений за исключением незначительных периодических болей в левой ноге.

Treatment of posttraumatic midshaft clavicular pseudarthrosis with the Herbert cannulated bone screw and autologous bone grafting. A case report / I.R. Proubasta, J.P. Itarte, A.G. De Frutos, E.P. Cáceres // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 217-219. Лечение посттравматического псевдоартроза средней части диафиза ключицы полым костным винтом Герберта и аутогенной костной трансплантацией. Сообщение случая.

Псевдоартроз средней части диафиза ключицы можно успешно лечить с помощью полого костного винта Герберта без необходимости вторичной операции с целью удаления имплантата после костного сращения.

Proubasta I.R., De Sena Lydia, Cáceres E.P. Entrapment of the median nerve in a greenstick forearm fracture // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 220-223. Защемление медианного нерва при переломе предплечья по

типу «зеленой ветки». Сообщение случая и обзор литературы.

Авторами сообщается случай паралича нижнего медианного нерва, возникшего как осложнение после закрытого перелома обеих костей предплечья у ребенка. Диагноз был поставлен с промедлением, после этого было произведено хирургическое исследование, при котором наблюдали, что медианный нерв защемлен в костной мозоли перелома лучевой кости.

Osteonecrosis of the resurfaced patella following bilateral total knee arthroplasty. A case report and review of the literature / Y. Nakagawa, Y. Matsusue, M. Akagi, T. Nakamura // Bull. Hosp. Jt. Dis. – 1999. – Vol. 58, N 4. – P. 224-227. Остеонекроз вновь покрытого надколенника после двусторонней полной артропластики коленного сустава. Сообщение случая и обзор литературы.

77-летнюю женщину с тяжелой варусной и флексией деформацией обоих коленных суставов, гипертонией и атеросклерозом подвергли двусторонней тотальной артропластике коленных суставов. Через 6 недель после операции на рентгенограммах правого коленного сустава наблюдался остеолит надколенника, а на рентгенограммах левого коленного сустава он наблюдался через 4 месяца после операции. Через 3 года после проведенных операций латеральный и нижний полюсы обоих надколенников были склеротичными и смещенными. В период контроля боли в коленном суставе не было, как и запаздывания в разгибании. Этот случай показывает, что профилактикой остеонекроза надколенника после тотальной артропластики коленного сустава является сохранение целостности удерживателя и механизма разгибателя, а также отсутствие нестабильности коленного сустава.