

Из 328 наблюдений применения танталовых чашек за 5 лет нами не отмечено ни одного случая нестабильности вертлужного компонента (небольшой срок наблюдения обусловлен тем, что чашки данного вида устанавливаются в нашей клинике только с 2008 г.).

Наш опыт позволяет сделать следующие выводы:

- применение вертлужных компонентов из трабекулярного тантала необходимо при плохом качестве костной ткани вертлужной впадины, ложных суставах шейки бедра, посттравматических дефектах вертлужной впадины, ее диспластических деформациях, а также у пациентов молодого возраста;
- при диспластических деформациях и у молодых пациентов желательно использовать компонент Continuum;
- остеоинтеграция танталового компонента происходит по всей поверхности;
- при удалении вертлужного компонента в случаях гнойных осложнений необходим специальный инструментарий для предотвращения больших разрушений кости.

Литература

1. Мурылев В.Ю., Терентьев Д.И., Елизаров П.М. и др. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием танталовых конструкций // Вестн. травматол. и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2012; 1: 24–9.
2. Bohn J., Hacking S., Chan S. et al. Characterization of new porous tantalum biomaterial for reconstructive orthopaedics. Scientific Exhibition: 66th Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1999. Anaheim, CA.
3. Karageorgiou V., Kaplan D. Porosity of biomaterial scaffolds and osteogenesis // Biomaterials. – 2005; 26: 5474–91.
4. Black J. Biological performance of tantalum // Clin. Materials. – 1994; 16: 167–73.
5. Lewallen D., Hanssen A., et al. Bone remodeling around porous metal cementless acetabular components // J Arthroplasty. – 2009; 04: 25.
6. Unger A., Lewis R., Gruen T. Evaluation of a porous tantalum uncemented acetabular cup in revision total hip arthroplasty: clinical and radiological results of 60 hips // J. Arthroplasty. – 2005; 20: 1002.
7. Levine B., Dela Valle C., Jacobs J. Applications of porous tantalum in total hip arthroplasty // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 2006; 14: 646.
8. Bohn J., Pillar R., Cameron H. et al. The optimum pore size for the fixation of porous surfaced metal implants by the ingrowth on bone // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1980; 150: 263.
9. Kurtz S., Ong K., Lau E. et al. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030 // Bone Joint Surg. Am. – 2007; 89 (4): 780–5. doi: 10.2106/JBJS.F.00222.

PRIMARY ENDOPROSTHETIC REPLACEMENT OF THE HIP JOINT USING TRABECULAR TANTALUM TROCHANTERIC COMPONENTS

Professor **V. Murylev**^{1,2}, MD; **M. Kholodayev**, Candidate of Medical Sciences;

G. Rubin¹; **Ya. Rukin**², Candidate of Medical Sciences;

P. Elizarov, Candidate of Medical Sciences²

¹Moscow City Center for Endoprosthetic Replacement of Bones and Joints, S.P. Botkin City Clinical Hospital

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper presents the results of total endoprosthesis replacement of the hip joint using trabecular tantalum trochanteric components. The study is based on 358 operations performed in 2008–2012. The authors consider indications for surgery; the surgical results are traced over 5 years; there is no case of instability of the cup of a tantalum-coated endoprosthesis.

Key words: primary endoprosthetic replacement, hip joint, trochanteric component, trabecular tantalum.

МИНИИВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО МАСТИТА У ДЕВОЧЕК

И. Константинова¹, кандидат медицинских наук,

А. Коновалов², доктор медицинских наук,

В. Петлах¹, доктор медицинских наук,

О. Беляева¹, кандидат медицинских наук,

Е. Окулов¹, кандидат медицинских наук

¹Московский НИИ педиатрии и детской хирургии,

²Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

E-mail: vladimirip@front.ru

В работе представлены результаты лечения 57 девочек 11–15 лет, госпитализированных по поводу острого мастита. Лечебная тактика определялась в зависимости от формы мастита. Анализ результатов показал эффективность метода пункционного дренирования под эхографическим контролем, который авторы рекомендуют при деструктивных формах воспаления молочной железы.

Ключевые слова: мастит, подростки, молочная железа, эхография, миниинвазивное лечение.

Проблеме диагностики и лечения воспаления молочной железы у девочек-подростков посвящено небольшое количество работ отечественных и зарубежных авторов [2, 6, 10, 11, 13]. По данным большинства исследователей, лечебная тактика при данной патологии зависит от формы мастита, объема поражения и локализации процесса [1, 3, 12]. Девочки с инфильтративным маститом (при условии раннего начала терапии) эффективно лечатся консервативно [1, 2, 14]. Традиционным хирургическим лечением гнойного мастита остаются разрез и дренирование полости гнойника, что в дальнейшем может привести к снижению функции железы и косметическим дефектам [4, 5]. В последние годы в диагностике заболеваний молочной железы у детей все более широкое применение находит эхография, которая позволяет при мастите не только четко определить локализацию и характер патологического процесса, но и провести миниинвазивное вмешательство [7–9, 15].

С 2005 по 2011 г. в клинике находились на лечении 57 девочек в возрасте от 11 до 15 лет с различными формами мастита; средний возраст больных составил $13,2 \pm 1,1$ года. В комплекс обследования вместе с общепринятыми клинико-лабораторными методами входило определение показателей гормонального фона: эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона. Для дифференциальной и топической диагностики мастита наряду с клиническим обследованием применяли билатеральную эхографию молочных желез на УЗ-установке модели Voluson E8 (Австрия). При инфильтративном мастите без признаков деструкции у 11 (19,3%) девочек проводилось противовоспалительное консервативное лечение, включавшее антибактериальную, ультравысокочастотную (УВЧ) терапию, повязку с мазью Вишневского на пораженную молочную железу.



Рис. 1. Катетер в полости инфицированной кисты правой молочной железы

Показанием к хирургическому вмешательству были гнойные формы мастита, диагностированные у 46 (80,7%) больных. У 4 (8,7%) пациенток абсцесс молочной железы вскрывали классическим радиальным разрезом в месте флюктуации, в 42 (91,3%) наблюдениях применяли метод пункционного дренирования. Хирургическое пособие осуществлялось под местной анестезией путем пункции абсцесса с использованием эхографической навигации и последующего дренирования его периферическим внутривенным катетером (ПВК) типа Braunulen диаметром 20g – 1,1 мм (рис. 1).

После достоверно подтвержденной установки ПВК (рис. 2) в гнойной полости и фиксации его пластырем к коже эвакуировали гнойное содержимое, которое направляли на бактериологическое исследование для идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам. Затем полость абсцесса промывали 0,5% раствором диоксидина, оставляли катетер открытым для пассивного оттока экссудата, повторяя процедуру промывания ежедневно. Через 24–48 ч выполняли контрольное УЗИ молочной железы и в случае полной ликвидации полости удаляли катетер (рис. 3). В дальнейшем применялась такая же тактика лечения, как при инфильтративной форме мастита.

По данным нашей клиники, мастит встречается у 0,5–0,9% детей, госпитализированных в отделение гнойной хи-

рургии. Давность заболевания до госпитализации больных составила от 1 до 5 дней. Все девочки жаловались на боли в области молочной железы разной интенсивности. Большинство пациенток – 29 (69%) – отмечали повышение температуры тела до субфебрильной в 1-й день заболевания, на момент первичного обследования гипертермия сохранялась только у 10 (23,8%) больных. При осмотре молочных желез локальная гиперемия кожи наблюдалась у 36 (85,7%) пациенток, пальпаторно во всех наблюдениях определялись болезненные инфильтраты диаметром от 1,5 до 4 см.

При УЗИ у всех больных выявляли гипоехогенные образования неправильной округлой формы диаметром от 12 до 53 мм; у 1/3 девочек (33,3%) другой патологии в структуре железы не определялось, а у остальных (66,7%), помимо гнойного очага, были обнаружены патологические жидкостные образования (от 1 до 8), причем в 17 (29,8%) наблюдениях – в обеих молочных железах (рис. 4).

Эхография позволила провести дифференциальную диагностику: инфицированные кисты были гипоехогенные, с четкими контурами (капсулой), со взвесью осадка, отмечалось перифокальное усиление кровотока, а неинфицированные кисты имели четкие контуры, с анэхогенным содержимым, окружающие их ткани были обычной плотности, без признаков перифокального воспаления.

При инфильтративном мастите консервативное лечение привело к полному рассасыванию воспалительного инфильтрата у всех 11 девочек. У 4 детей с абсцедирующей формой мастита оперативное лечение осуществлял дежурный хирург открытым способом, радиальным разрезом с дренированием резиновым выпускником. У 42 девочек, оперированных миниинвазивным способом, уже на следующие сутки после хирургического вмешательства уменьшались или полностью исчезали болевые ощущения, сократились размеры инфильтрата, нормализовалась температура тела. Отделяемое по катетеру было незначительным.

При бактериологическом исследовании полученного при пункции содержимого обнаружены: *Staphylococcus aureus* – у 30 (65,2%), *St. epidermalis* – у 6 (13,1%); роста микрофлоры не было у 10 (21,7%) больных. Золотистый стафилококк в 100% случаев оказался чувствителен к линкомицину, поэтому последний назначали в качестве стартовой антибактериальной терапии до выяснения результатов бактериологического исследования.

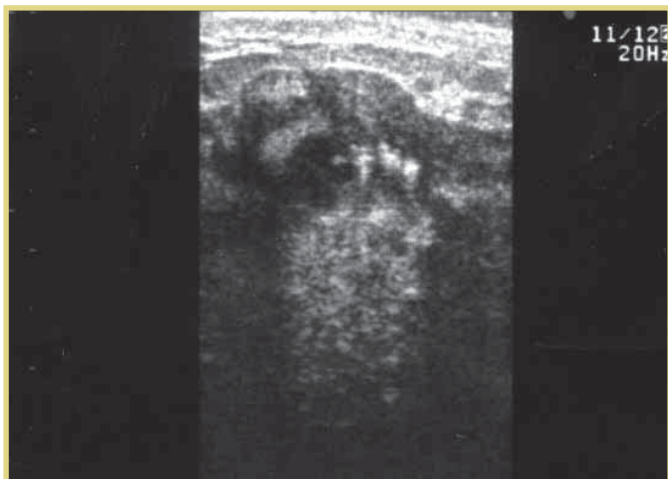


Рис. 2. Эхограмма правой молочной железы девочки 13 лет с катетером в полости инфицированной кисты

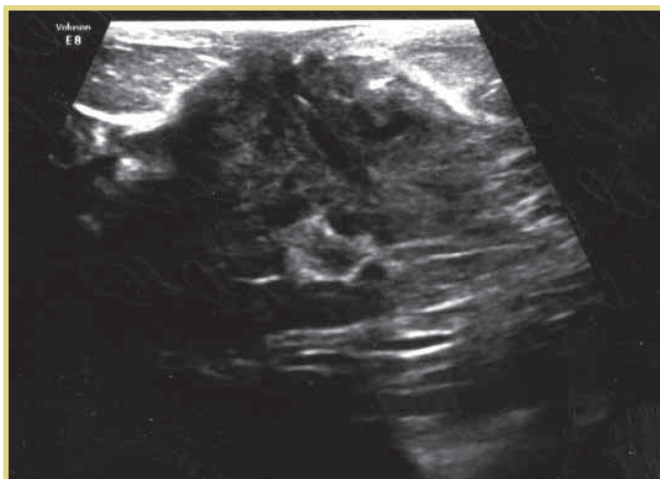


Рис. 3. Эхограмма правой молочной железы девочки 13 лет на 3-и сутки после пункции

При изучении гормонального фона выявлено снижение уровня эстрадиола у 26 (45,6%) девочек, уменьшение содержания фолликулостимулирующего (у 7) и лютеинизирующего (у 7) гормонов (по 12,3% больных). Повышенный уровень тестостерона отмечен в 6 (10,5%) наблюдениях. Нормальный уровень гормонов диагностирован лишь у 10 (17,5%) пациенток. Таким образом, у большинства (82,5%) девочек с маститом обнаружен дисбаланс половых гормонов.

Сроки госпитализации составили в среднем $5 \pm 1,4$ койко-дня, что на 3 сут меньше, чем при традиционном хирургическом лечении.

При контрольном обследовании, проведенном амбулаторно через 1–3 мес, жалоб у девочек не было; при осмотре больных, оперированных традиционным способом, на молочной железе выявлены рубцы вторичного натяжения, у больных после миниинвазивного лечения отмечался хороший косметический результат (полное отсутствие рубцов, деформаций и уплотнений в молочной железе). При эхографии остаточные полости у всех детей отсутствовали, структура железистой ткани не отличалась от симметричного участка контралатеральной железы. Наблюдение в катамнезе до 5 лет не установило рецидивов мастита и других поздних осложнений.

Для диагностики и выбора способа лечения мастита у девочек оптимальным диагностическим методом является эхография, позволяющая не только выявить характер патологии, но и выбрать тактику лечения.

Пункционное дренирование с эхографической навигацией при абсцедирующей форме мастита менее травматично, чем традиционная операция, сохраняет анатомию и функции молочной железы, дает хорошие косметические результаты.

Литература

1. Абаев Ю.К., Найчук И.И. Маститы в детском возрасте // Педиатрия: Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2006; 1: 53–7.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков / М.: МИА, 2000; 230 с.
3. Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Голованев М.А. Нелактационный мастит. В кн.: Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей. Под ред. А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; с. 153–9.
4. Коколина В.Ф., Рассказова-Галаткина М.В. Нелактационный мастит у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007; 3: 67–73.
5. Любимов М.В., Королев М.П., Спесивцев Ю.А. К вопросу об этиологии и хирургической тактике при гнойных формах нелактационного мастита в подростковом и юношеском возрасте // Амбулаторная хирургия. – 2001; 3 (3): 62–4.
6. Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н. и др. Молочные железы и их заболевания у детей. Рук-во для врачей / М.: ООО «Медицинское информативное агентство», 2010; 160 с.

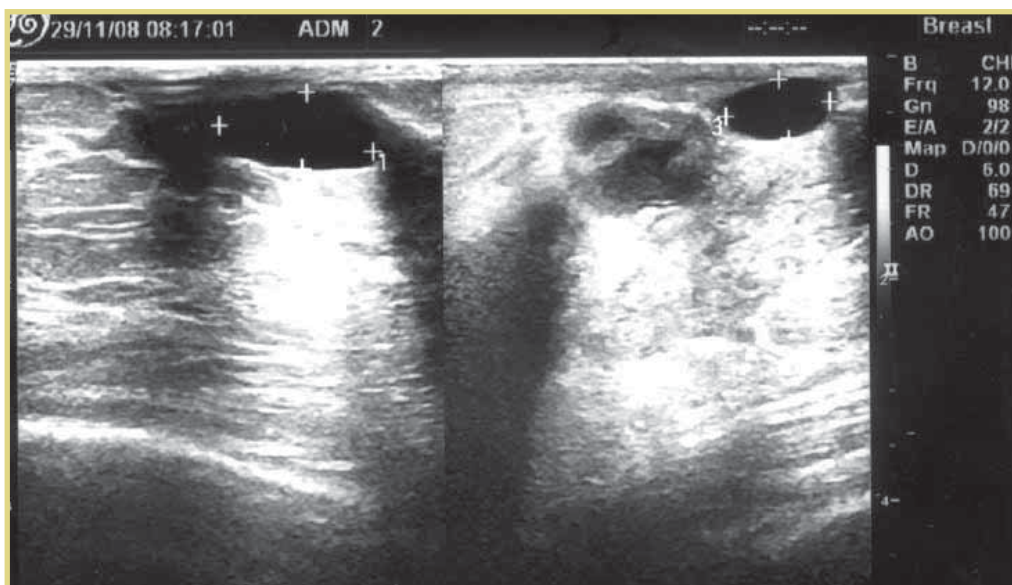


Рис. 4. Эхограмма молочных желез девочки с правосторонним маститом и кистозными образованиями на контралатеральной стороне

7. Проклова Л.В., Яницкая М.Ю., Ширяев Н.Д. и др. Медико-социальное значение малоинвазивной хирургии нелактационного мастита у девочек пубертатного возраста // Экология человека. – 2009; 3: 49–54.

8. Смирнов А.Н., Чундокова М.А., Голованев М.А. и др. Роль ультразвунографии в диагностике нелактационного мастита у девочек-подростков // Детская хирургия. – 2008; 2: 37–9.

9. Суздальцева Л.В. Органосохраняющий закрытый малоинвазивный способ хирургического лечения маститов у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск.

10. Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития: настольная книга детского гинеколога / Издательство Триада-Х. – 2008; 176 с.

11. Di Vasta A., Weldon C., Labow B. The breast: Examination and lesions. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 6th, Emans S.J., Laufer M.R. (Eds) / Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia. – 2012; p. 405.

12. Faden H. Mastitis in children from birth to 17 years // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2005; 24: 1113.

13. Greydanus D., Matytsina L., Gains M. Breast disorders in children and adolescents // Prim. Care. – 2006; 33: 455.

14. Stricker T., Navratil F., Foster I. et al. Nonpuerperal mastitis in adolescents // J. Pediatrics. – 2006; 148 (2): 278–81.

15. Weinstein S., Conaut E., Orel S. et al. Spectrum of ultrasound findings in pediatric and adolescent patients with palpable breast masses. S. P. Weinstein // Radiographics. – 2000; 20: 1613–21.

MINI-INVASIVE TREATMENT FOR ABSCESSING MASTITIS IN GIRLS

I. Konstantinova¹, Candidate of Medical Sciences; **A. Kononov**², MD;

V. Petlakh¹, MD; **O. Belyaeva**¹, Candidate of Medical Sciences;

E. Okulov¹, Candidate of Medical Sciences

¹Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery;

²G.N. Speransky City Children's Clinical Hospital Nine, Moscow

The paper gives the results of treatment in 57 girls aged 11–15 years, admitted to hospital for acute mastitis. Treatment policy has been determined depending on the form of mastitis. Analysis of the results has shown the efficiency of an echographically guided puncture drainage method recommended by the authors for the treatment of destructive forms of breast inflammation.

Key words: mastitis, teenagers, breast, echography, mini-invasive treatment.