

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

Д.К. Абдылдаев – докт. мед. наук,
директор Маммологического центра НЦО МЗ КР,
Б.Х. Бебезов – докт. мед. наук, профессор КРСУ,
Т.К. Бейшебаев – врач-специалист
по функциональной диагностике НЦО МЗ КР,
Б.М. Узакбаева – врач-специалист
по функциональной диагностике НЦО МЗ КР

It is considered that the lancing abscess is a generally known approach. The suggested treatment of lactational abscess of breast excludes the lancing of pathological nidus of infection, suggesting to limit the intervention using the puncture with the help of ultrasound.

Мастит – воспалительное заболевание молочной железы. Мастит обычно возникает во время лактации [2, 3, 4]. Самый частый возбудитель – *Staphylococcus aureus* [1]. В начале заболевания отмечаются: увеличение молочной железы, боль и гиперемия кожи. При пальпации определяется нечеткий инфильтрат. Если лечение не применяется, наступает абсцедирование: инфильтрат отграничивается, появляется флюктуация.

При абсцедировании мастита общепринятым является хирургическое вскрытие гнойника, кюретаж гнойной полости с иссечением некротических тканей молочной железы, дренирование полости путём создания контрапертур, т.е. отдельных, дополнительных, соединяющихся между собой разрезов, промывание очага поражения дезинфицирующими растворами и дренирование методом закрытия хирургического доступа (первичные швы, вторичные швы). Все способы хирургического лечения ОГЛМ предусматривают анестезиологическое обеспечение (внутривенный наркоз). Хирургические разрезы и удаление некротиче-

ских тканей сопровождаются заживлением ран вторичным натяжением.

Описанный хирургический способ лечения ОГЛМ имеет ряд существенных осложнений и недостатков: появление рецидивов вследствие распространения инфекции и невозможности эффективного опорожнения молочной железы, рубцовые деформации и фиброз тканей молочной железы, формирующиеся при вторичном заживлении ран, появление антибиотикорезистентности из-за длительного использования антибиотиков, выраженный болевой эффект при проведении санационных мероприятий в течение двух–трех недель, необходимость внутривенной анестезии, нетрудоспособность во время лечения, использование дополнительных медикаментозных средств для преждевременного прекращения лактации, перевод младенца на искусственное вскармливание. Нельзя не сказать и об эмоциональном стрессе пациенток и больших экономических затратах при лечении.

Цель исследования: оценка эффективности интервенционного нехирургического лечения острого лактационного мастита.

Материалы и методы. Клиническое испытание предложенного способа проводили в двух группах. В первой группе (контрольной) было 24 женщины с верифицированным диагнозом «острый лактационный мастит». Их лечили в отделении гнойной хирургии клиники И.К. Ахунбаева Национального госпиталя МЗ КР стандартным методом – путём хирургического вскрытия зоны поражения с последующим назначением антибиотикотерапии. Во вторую группу вошли 20 женщин с верифицированным диагнозом «острый гнойный мастит». Их лечение проводилось предложенным нами методом.

Диагноз верифицировали согласно общепринятым стандартам. Средний возраст в первой группе (контрольной) составил $28 \pm 4,9$, во второй (основной) – $29 \pm 4,3$ лет.

Лечение проводили закрытым способом с сохранением лактации, для чего путем ультразвукового исследования уточняли локализацию гнойной полости, а затем, после местной анестезии молочной железы, делали с двух полюсов чрезкожный доступ к гнойной полости двумя вазоканнами (канюли для внутривенных инфузий с тefлоновыми катетерами (16G×51 мм), приводящим и отводящим. Мандрены удаляли, катетеры фиксировали к коже лейкопластырем и через них активным промыванием эвакуировали гнойное содержимое полости с одновременным санированием ее охлажденным раствором антисептика. Сразу после этого, а затем ежедневно, полость заполняли антимикробным раствором, например диоксицином, перекрывали катетеры на 3 часа, затем 3–4 раза в день проводили активное промывное дренирование полости раствором антисептика до появления прозрачной промывной жидкости. При спадении полости (под ультразвуковым контролем) и устойчивом уменьшении экссудата катетеры удаляли (на 3–7-й день).

Предложенный способ лечения острого гнойного мастита является авторской разработкой и подтвержден патентом.

Согласно поставленной цели, сравнение эффективности различных методов лечения ОГЛМ осуществлялось по следующему алгоритму: клинические характеристики (выра-

женность болевого синдрома, интоксикации, температурная реакция, нивелирование местной воспалительной реакции, характеризующейся спадением патологической полости, инверсии регионарного лимфаденита), показатели реактивности организма (лейкоформула), трудности при лактации, экономическая эффективность, продолжительность нетрудоспособности, длительность лечения, использование дополнительных методов лечения.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере Intel Pentium IV dual XEON 2,4 Ghz, OS Windows 2003 professional в электронных таблицах MS Excel 2000 с применением относительных показателей, средних величин и критерия достоверности Стьюдента, а также пакета прикладных программ Statistica фирмы StatSoft 6.0 Inc. (США).

Результаты исследования. У 8 (40%) женщин основной группы отмечался подъем температуры на первые - вторые сутки, то есть в два раза реже, чем в контрольной, кроме того, в этой группе она поднималась в среднем на $0,2^\circ\text{C}$, тогда как в контрольной группе всего на $0,4-1^\circ\text{C}$. Выраженность болевого синдрома у женщин основной группы была значительно ниже. Обезболивание потребовалось лишь у двум женщинам (10%), тогда как в контрольной группе данный показатель составил 40%. Кроме того, все женщины контрольной группы получали антибиотики в различных комбинациях, из них у четырех (16,6%) были различные осложнения. В основной группе антибиотики не использовались. Что касается рецидивов, то в контрольной группе повторную операцию потребовалось сделать 20,8% женщин, в основной группе рецидивов заболевания не наблюдалось.

Анализ клинической и экономической эффективности предложенного способа лечения ОГЛМ позволил обобщить эффективность по наиболее важным признакам, которые приведены в таблице.

Таким образом, по результатам исследования была доказана преимущественная эффективность предложенного способа лечения ОГЛМ. Внедрение нового метода лечения в

Сравнение эффективности методов лечения острого лактационного мастита

Анализируемые показатели	Хирургический метод лечения	Предлагаемый метод лечения
Травматичность вмешательства	+	-
Рубцовые деформации тканей молочной железы	+	-
Риск распространения	Высокий	Низкий
Риск для мед. персонала	Высокий	Низкий
В/венная анестезия	+	-
Косметический эффект	-	+
Боль	+	-
Применение антибиотиков	+	-
Прекращение лактации	+	-
Сохранение трудоспособности	-	+
Сохранение физиологической лактации при последующем грудном вскармливании	-	+
Длительность лечения	2–3 недели	3–7 дней
Экономические затраты	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Предоперационное обследование (общий анализ крови, свёртывающая система крови, аллергологический анамнез) ➤ Стерильный хирургический инструментарий (скальпель, кохер) ➤ Стерильные растворы ➤ Стерильный перевязочный материал ➤ Анестезиологическое обеспечение ➤ Обезболивающие средства в послеоперационном периоде ➤ Проведение санационных мероприятий (перевязок) в течение 2–3 недель с использованием мазевых повязок и антисептических растворов ➤ Антибиотики в течение 7 дней по схеме ➤ Перевод младенца на искусственное вскармливание 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Предоперационное обследование (УЗИ молочной железы) ➤ Местная анестезия ➤ Вазокан – 2 шт. ➤ Стерильный раствор ➤ Антимикробный раствор ➤ Контрольное УЗИ молочных желез

практическое здравоохранение позволит: снизить травматизацию тканей молочной железы, сохранить лактационную функцию, сохранить эстетическую функцию, сократить сроки лечения, уменьшить рецидивы, снизить антибиотикорезистентность, увеличить экономическую эффективность.

Литература

1. *Amir L.H., Garland S.M., Lumley J.* A case-control study of mastitis: nasal carriage of *Staphylococcus aureus*//BMC Family Practice. – 2006. – 7:57, doi:10.1186/1471-2296-7-57.
2. *Hogan, J., and Smith K.L.* // Coliform Mastitis. *Vet. Res.* – 2003. – V. 34. – P. 507–519.
3. National Mastitis Council (NMC). *Laboratory Handbook on Bovine Mastitis.*NMC. – Verona, WI, 1999. – P. 35.
4. *Wenz J.R., Garry F.B., Lombard J.E. et al.* // Short Communication: Efficacy of Parenteral Ceftiofur for Treatment of Systemically Mild Clinical Mastitis in Dairy Cattle *J. Dairy Sci.* – 2005. – V. 88. – P. 3496–3499.