

© Д. Г. Рутенбург, А. В. Конычев,
Е. А. Конычева, О. В. Кокорев

Городская больница № 14:
Санкт-Петербургский центр по лечению
хирургических инфекций, Санкт-Петербург

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

УДК 618.73:618.19-002-089

■ Частота встречаемости послеродовых маститов значительно возросла в последние годы. Выявлен ряд серьезных тактико-медицинских проблем, которые ухудшают течение лактационных маститов и приводят к неблагоприятным функциональным и косметическим результатам. Двухэтапная методика хирургического лечения лактационных маститов позволяет добиться оптимальных клинических результатов в кратчайшие сроки.

■ **Ключевые слова:** мастит; лактация; воспаление

Введение

В последние годы наметился рост заболеваемости острым маститом. Так, в 2003 году нами было зарегистрировано 106 (10,2 %) случаев, в 2004 — 120 (11,5 %), в 2005 — 156 (15 %), в 2006 году — 263 (25,3 %), в 2007 — 245 (23,6 %), за первые шесть месяцев 2008 года — 150 (14,4 %) эпизодов заболевания. Таким образом, за период с 2003 года по июнь 2008 года в Санкт-Петербургском центре по лечению хирургических инфекций было пролечено 1040 больных с острыми маститами, из них у 362 (34,8 %) пациенток патология была связана с лактацией.

Возрастание количества случаев лактационного мастита могло быть обусловлено ростом рождаемости по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, увеличением числа мастопатий, провоцировавших возникновение острых маститов, неадекватной профилактикой и лечением патологии в родильных домах, подразделениях достационарного звена и неспециализированных стационарах.

Отмечено преобладание больных двух возрастных групп: от 20 до 30 лет — 412 (39,6 %) случаев и от 30 до 40 лет — 206 (19,8 %) пациенток. Значительная заболеваемость острым маститом в возрасте после 30 лет объясняется значительной долей нелактационных форм патологии — 678 (65,2 %) пациенток.

Острые лактационные маститы имеют исключительно важное медицинское и социально-экономическое значение: разобщение матери и ребенка на период стационарного лечения и запрет грудного вскармливания при гнойных маститах до момента купирования острого воспаления были причиной ухудшения соматического и психического здоровья ребенка и матери. Тяжелые формы субареолярных маститов, приводившие к тяжелым функциональным изменениям и/или деструкции молочных ходов, могли быть причиной полного отказа от грудного вскармливания при текущей и последующих лактациях. В ряде случаев характер и значительная распространенность патологического процесса в молочной железе были причиной косметических дефектов.

Средняя длительность койко-дня за описанный период составила $9,975 \pm 0,83$, что повлекло за собой значительные экономические издержки, в том числе за счет выдачи больничных листов отцам, ухаживающим за детьми.

Выявлено следующее распределение больных по социальному статусу: работающие — 186 (17,9 %), не работающие (включая неофициально устроенных на рабочее место) — 502 (48,3 %), служащие — 216 (20,8 %). Встречаемость патологии среди категории социально незащищенных пациентов

относительно низкая: пенсионеры — 87 (8,4 %), учащиеся — 47 (4,5 %), лица БОМЖ — 2 (0,2 %).

При анализе погрешностей, возникавших при профилактике и лечении лактационных маститов в родильных домах, подразделениях поликлинического звена и неспециализированных стационарах, были выявлены следующие наиболее типичные ошибки: плохое владение родильниц техникой сцеживания грудного молока — 280 (77,3 %), использование мазей на жирорастворимой основе («Бипантен», «Вульнузан» и др.) для обработки трещин сосков — 199 (55 %), применение в лечении серозных маститов средств народной медицины (капустный лист, пареный лук, лепешки с медом, лист алоэ и др.) — 93 (25,7 %), «перетягивание» груди — 19 (5,2 %), использование ультразвуковой высокочастотной терапии — 16 (4,4 %), гирудотерапии — 3 (0,8 %), диагностических пункций и инъекционное введение антибиотиков в ткань молочной железы — 65 (18 %) (табл.).

Таблица

Распространенные ошибки профилактики и лечения маститов в родильных домах, подразделениях поликлинического звена и неспециализированных хирургических стационарах (n = 362)

Методика	Количество пациенток
Плохое владение родильниц техникой сцеживания грудного молока	280 (77,3 %)
Использование мазей на жирорастворимой основе для обработки трещин сосков	199 (55 %)
Использование в лечении серозных маститов средств народной медицины	93 (25,7 %)
Диагностические пункции и инъекционное введение антибиотиков в ткань молочной железы	65 (18 %)
«Перетягивание» груди	19 (5,2 %)
Ультравысокочастотная терапия	16 (4,4 %)
Гирудотерапия	3 (0,8 %)

При анализе 19 (5,2 %) случаев гнойных лактационных маститов, возникших в течение одного месяца после родов и подлежавших обязательной регистрации в санитарно-эпидемиологической службе, выявлены определенные особенности распределения больных по родильным домам Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Наиболее часто обращались больные, получавшие медицинскую помощь в родильном доме № 16 — 5 (26,3 %) пациенток, родильном доме № 10 — 4 (21 %), в родильных домах № 18 и 9 — по 2 (10,5 %), родильных домах № 1, 6, 11, 15, 33, родильном отделении кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии — по 1 случаю (5,3 %). Преобладание больных маститом, находившихся на родах в родильном доме № 16 может быть

связано с тем, что данный роддом имеет статус обсервационного.

Цель исследования

Целью исследования являлся анализ организационных и медицинских аспектов эпидемиологии, этиологии и диагностики лактационных маститов, обоснование эффективности двухэтапного хирургического лечения гнойного воспаления в ткани молочных желез.

Материал и методы

Исследовали 362 пациентки с лактационным маститом, получавших хирургическую помощь в Санкт-Петербургском центре по лечению хирургических инфекций за период с 2003 по июль 2007 года. Ультразвуковое исследование молочных желез выполняли на аппарате «Sonoline GS 60» фирмы «Siemens», с применением режима цветного доплеровского картирования и энергетического доплера. Употребляли датчики на 7,5 и 10 МГц. Данные, полученные при ультрасонографическом исследовании, использовали при выполнении дренирующей и реконструктивно-восстановительной операций. Обращало на себя внимание, что до 45 % лактационных маститов возникало на фоне различных форм мастопатий.

Определяли концентрацию лейкоцитов, тромбоцитов, соотношение различных субпопуляций лейкоцитов, СОЭ с использованием гематологического анализатора II класса «Hema Screen 13» швейцарской фирмы «Hospitex DiAGNOSTICS». Исследовали концентрацию аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего билирубина и сахара крови.

Идентификацию возбудителей в ходе бактериологических исследований проводили в соответствии с приказом № 535 МЗ СССР.

Определение чувствительности к антибиотикам проводили на среде АГВ методом диффузии в агар, с помощью дисков. У всех микроорганизмов определяли чувствительность к 9 антибактериальным препаратам: гентамицин, ампициллин, оксациллин, цефотаксим, пенициллин, цефуроксим, эритромицин, линкомицин, ципрофлоксацин. При отсутствии чувствительности к перечисленным антибиотикам дополнительно проверялась чувствительность к карбенициллину, сизомицину, тобрамицину, офлоксацину, рифампицину, а для синегнойной палочки — к полимиксину.

Для формирования диагноза мастита использовали модифицированную классификацию Чадаева А. П., Зверева А. А. (2003) [3]. Данная классификация включает подразделение острых маститов по патогенезу (лактационный, нелактационный), характеру воспалительного процес-

са (негнойный или серозно-инфильтративный; гнойный: абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегманозный, гангренозный), по локализации гнойника (субареолярный, подкожный, интрамаммарный, ретромаммарный) и по распространенности процесса (ограниченный, диффузный, тотальный). Нам представлялось нецелесообразным выделение в отдельные классы серозных и инфильтративных маститов, которые трудно различить на основе клинических данных. При наличии признаков негнойного воспаления в ткани молочной железы устанавливали диагноз серозно-инфильтративного мастита.

Для описания полученного материала использованы методики дескриптивной статистики (среднее, стандартное отклонение).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования гноя больных острым лактационным маститом обнаружено, что в большинстве случаев доминировал *Staphylococcus aureus*, который выявляли в 231 (63,8 %) пробе. Обращала на себя внимание высокая частота встречаемости *Staphylococcus saprophyticus* — 17 (4,7 %) и *Streptococcus pyogenes* — 13 (3,6 %). *Staphylococcus epidermidis* определяли у 12 (3,3 %) больных. В 30 (8,3 %) пробах роста микроорганизмов обнаружено не было, что могло быть обусловлено дефектами в заборе бактериологического материала и работы лаборатории. У оставшихся 59 больных были выявлены смешанные инфекции, из которых наиболее часто обнаруживали сочетание *Staphylococcus aureus* и *Acinetobacter baumannii* (41 — 11,3 %).

Данные, полученные при бактериологическом исследовании, использовались для формирования базового курса антибиотикотерапии.

При анализе чувствительности микроорганизмов к антибактериальным средствам зарегистрирована низкая восприимчивость флоры к традиционным антибиотикам (пенициллин, оксациллин, эритромицин, гентамицин), которые широко применяются для лечения острых маститов в поликлиниках и общехирургических стационарах. Отмечена абсолютная чувствительность микрофлоры к цефотаксиму.

Средняя концентрация лейкоцитов периферической крови на момент поступления в стационар составила $15,3 \pm 2,4 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов — $36,4 \pm 8,2 \%$, СОЭ — $33,1 \pm 5,0$ мм/ч. У всех пациенток отмечался сдвиг нейтрофильной формулы влево. Выявленные изменения отражали регенеративную реакцию клеток крови на локальный воспалительный процесс. После клинического купирования острого воспаления в ткани молочной железы отмечали

нормализацию гематологических показателей во всех случаях. Среднее содержание аланинаминотрансферазы на момент поступления в стационар — $120,3 \pm 9,4$ нмоль/л, аспартатаминотрансферазы — $101,0 \pm 8,1$ нмоль/л, общего билирубина — $12,2 \pm 2,0$ мкмоль/л и сахара крови — $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л. Полученные лабораторные данные свидетельствовали об отсутствии грубых нарушений функции внутренних органов.

Хирургическое лечение лактационных маститов проводили в соответствии с доктриной двухэтапного лечения гнойно-воспалительных патологий, принятой в Санкт-Петербургском центре по лечению хирургических инфекций [2]. Особенности лечебной тактики воспалительных заболеваний молочных желез диктовались необходимостью сохранения функциональной активности и значительной косметической ролью органа.

Тактика лечения острых лактационных маститов определялась клинико-морфологической формой заболевания. Лактационные маститы подразделялись на гнойные (147 — 40,6 %) и серозно-инфильтративные (215 — 59,4 %).

Первый этап лечения продолжался от момента госпитализации до купирования острого воспаления в ткани молочной железы. Во всех 147 (40,6 %) случаях острого гнойного лактационного мастита на первом этапе предпринималось срочное оперативное вмешательство — вскрытие мастита и частичная некрэктомия. Отдавали предпочтение полудуговым разрезам, которые обеспечивали наилучший косметический эффект. Полудуговые разрезы являлись модификацией методики дренирования ретромаммарных маститов по Барденгейеру. Однако в случае локализации гнойно-воспалительного очага в верхненаружном квадранте молочной железы вынужденно производили радиальный доступ, что позволяло избежать повреждения питающих сосудов.

В тех случаях, когда гнойный очаг локализовался под ареолой, операционный доступ проводили на расстоянии 2–3 см от края ареолы. Отказ от параареолярных разрезов позволял минимизировать травму ареолы во время дренирующей и реконструктивно-восстановительной операции и уменьшить выраженность дальнейших деформирующих склеротических процессов. Полученный гной забирали на посев и определение чувствительности к антибиотикам. После реализации оперативного доступа производили частичную некрэктомию. Удаляли только явно девитализованные участки подкожной жировой клетчатки и железистой ткани. Отсутствие четкой демаркации гнойно-воспалительного процесса

и необходимость бережного обращения с функционально активной железистой тканью ограничивали объемы некрэктомии. Удаленные ткани в обязательном порядке отправляли на гистологическое исследование. После операции рану тампонировали марлевыми тампонами с водорастворимыми мазями [1].

В послеоперационном периоде проводили антибиотикотерапию, местное лечение. В качестве базовых антибиотиков использовали цефалоспорины третьего поколения. Преимущественный путь введения — внутривенный. Кроме того, при осложнении заболевания аксиллярной лимфаденопатией использовали лимфотропное введение антибактериальных препаратов. В случае продолжения грудного вскармливания в период лечения, использовали внутримышечный и лимфотропный пути введения антибиотиков, что позволяло избежать создания высоких концентраций препарата в грудном молоке.

При местном лечении гнойной раны молочной железы применяли методику вальнеосорбции сорбентом «Полифепан» и влажновысыхающие повязки с раствором ионного серебра. В тех случаях, когда воспалительный процесс в ткани молочной железы носил серозно-инфильтративный характер, ограничивались антибиотикотерапией и местным лечением.

Наличие гнойного процесса в молочной железе являлось причиной запрета кормления как больной, так и интактной молочными железами до момента купирования острого воспалительного процесса. Подобная тактика позволяла избежать попадания инфицированного молока в организм ребенка. Проблема грудного вскармливания при негнойных формах маститов решалась индивидуально. Больных информировали о пользе грудного молока для ребенка. При отказе от дальнейшего вскармливания пациенткам назначали препараты, подавлявшие выработку пролактина (парладел). При этом отмечали более благоприятное клиническое течение гнойно-воспалительного процесса. В случае продолжения грудного вскармливания рекомендовали начинать каждое кормление с больной молочной железы. В ряде случаев применяли различные методики ручного и аппаратного сцеживания.

Длительность первого периода хирургического лечения лактационных маститов составляла 5–8 суток.

После ликвидации острого воспалительного процесса приступали ко второму, лечебно-профилактическому, этапу хирургического лечения острых лактационных маститов. Всем больным гнойными формами лактационных маститов и

серозно-инфильтративными формами, протекавшими на фоне узловой мастопатии, была показана реконструктивно-восстановительная операция. Реконструктивная операция была выполнена 141 (39 %) пациентке, в оставшемся 221 случае (61 %) отсутствовали показания к выполнению реконструкции и/или мотивированное согласие на оперативное лечение.

Объем оперативного вмешательства определялся распространенностью поражения по данным ультразвукового исследования и интраоперационных находок и колебался от экономной некрэктомии и наложения вторичных швов до атипичной подкожной мастэктомии. В ряде случаев при обнаружении начальных фиброзно-кистозных изменений часть пораженной ткани не иссекали, согласуясь с принципом сохранения функциональной и косметической роли молочной железы. Дальнейшие воздействия на пораженную ткань молочной железы проводили с привлечением гинеколога-эндокринолога и соответствующей гормональной терапией. Подобная тактика не являлась причиной увеличения частоты рецидивов. После выполнения оперативного приема в ране оставляли перфорированный полихлорвиниловый дренаж. Рану ушивали адаптирующими швами по Донати.

Дренаж удаляли на 2–3 сутки, после исчезновения серозно-геморрагического раневого отделяемого. Швы снимали на шестые-восьмые сутки, после консолидации послеоперационного рубца. В 126 случаях раны зажили по типу первичного заживления с формированием тонкого эластичного рубца. У 15 пациенток возникла несостоятельность швов операционной раны с дальнейшим заживлением вторичным натяжением. Несостоятельность швов во всех случаях была обусловлена образованием послеоперационной гематомы.

Критерием эффективности лечения острого лактационного мастита являлось отсутствие клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков воспаления в ткани молочной железы. В дальнейшем для больных с мастопатией организовывалось диспансерное наблюдение гинекологом-эндокринологом.

Заключение

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение острых лактационных маститов обеспечивало быстрое купирование воспалительного процесса в ткани молочной железы при сохранении ее функциональной и косметической ролей, профилактику повторных случаев развития воспаления и прогрессирования мастопатии.

Литература

1. *Зотов А. С.* Мастопатии и рак молочной железы / Зотов А. С., Белик Е. О. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 112 с.
2. *Коньчев А. В.* Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности / Коньчев А. В. — СПб.: Невский Диалект, 2002. — 352 с.
3. *Чадаев А. П.* Острый гнойный лактационный мастит / Чадаев А. П., Зверев А. А. — М.: Медицина, 2003. — 128 с.

Статья представлена В. Ф. Беженарем
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

CLINICOEPIDIMIOLOGICAL ASPECTS AND SURGICAL TREATMENT OF LACTATIONAL MASTITIS

Rutenburg D. G., Konichev A. V.,
Konicheva E. A., Kokorev O. V.

■ **Summary:** Rate of lactational mastitis significant raised last years. A number of severe problems in medical management have been found. Unfavorable functional and cosmetic results are caused by this problems. And they impair clinical course. Two-phase algorithm of lactational mastitis surgical treatment provides optimal clinical results in short time-frame.

■ **Key words:** mastitis; lactation; inflammation