

ОСТРЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Попков О.В.¹, Мохань А.Н.², Попкова Л.П.³, Кошевский П.П.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова»,

³УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,

г. Минск Республика Беларусь

Актуальность. В течении многих лет лактационный мастит занимает одно из первых мест в структуре послеродовых осложнений. Обычно заболевание возникает в первые 2-3 недели после родов. Значительно чаще маститом болеют первородящие женщины. На протяжении длительного времени заболеваемость маститом сохраняется высокой и не имеет заметной тенденции к снижению.

Цель. Анализ результатов лечения пациенток с послеродовыми гнойно-воспалительными заболеваниями молочных желез в отделении гнойной хирургии УЗ «3 ГКБ имени Е.В. Клумова».

Материалы и методы. Проанализированы медицинские карты 116 пациенток, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» с диагнозом острый мастит за 2019 - 2022 г.г. Возраст пациенток от 17 до 51 года. Сроки поступления пациенток в стационар после родов составили в среднем 30 дней. Из них серозный и серозно-инфильтративный мастит был выявлен у 40% пациенток, гнойный мастит у 60%.

Результаты и обсуждение. При бактериологическом исследовании грудного молока у 106 пациенток был высеян *Staphylococcus aureus*, у 10 - *Enterococcus*. При бактериологическом исследовании гноя у 100 пациенток, был высеян *Staphylococcus aureus*, у 10 - *Enterococcus*, у 6 - *Escherichia coli*. Диагностика острого лактационного мастита основывалась на характерных жалобах пациенток и результатах объективного обследования с оценкой клинической картины. Выполнялось лабораторное обследование, УЗИ молочных желез с диагностической пункцией. Консервативное лечение мастита включало антибактериальную терапию. 60% пациенток с серозно-инфильтративным маститом назначались препараты для подавления лактации. При развитии гнойного мастита подавление лактации осуществлялось в 85% случаев. Наряду с антибактериальной терапией проводилась инфузионная терапия, введение спазмолитиков, локальная гипотермия. Пациенткам, нуждавшимся в оперативном лечении, выполнялось хирургическое пособие, задачей которого являлась санация гнойного очага и удаление некротизированных тканей. Как правило, на 7-10 сутки активного лечения удавалось купировать явления гнойного воспаления. вопрос о тактике дальнейшего лечения решался на основании клинических и лабораторных данных, результатов УЗИ и гистологического исследования. у 10% пациенток, в

связи с наличием обширного раневого дефекта, выполнено иссечение кожных краев раны и закрытие раневого дефекта. При этом важным условием являлась адаптация краев раны, отсутствие полостей и затеков в ушитой ране. Обязательным условием хирургического вмешательства являлось активное или пассивное дренирование гнойной полости. Анализ результатов лечения показал снижение сроков госпитализации пациенток, практически полное отсутствие рецидивов и повторных госпитализаций. Средняя длительность лечения составила 10,5 дней.

Выводы. Комплексное лечение лактационного мастита позволяет значительно сократить сроки и улучшить результаты лечения, избежать рецидивов заболевания, формирования грубых деформирующих послеоперационных рубцов и косметических дефектов, значительно сократить сроки лечения и реабилитации пациенток.

Основными особенностями лечения острого гнойного лактационного мастита является: купирование воспалительного процесса в кратчайшие сроки, максимальное сохранение функции и эстетического состояния молочной железы.