

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

<sup>1</sup>Попков О.В., <sup>1</sup>Кошевский П.П., <sup>2</sup>Мохань А.Н.,

<sup>2</sup>Остапук А.Л., <sup>2</sup>Данилевич А.Л., <sup>3</sup>Попкова Л.П.

<sup>1</sup>Учреждение образования «Белорусский государственный  
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «3-я городская клиническая больница  
имени Е.В. Клумова», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>Учреждение здравоохранения «4-я городская клиническая больница  
имени Н.Е. Савченко», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Лактационный мастит - воспаление молочной железы в послеродовом периоде на фоне лактации. 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 гг. 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.** 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.

Хирургическое лечение острого гнойного лактационного мастита должно отвечать следующим требованиям: купирование воспалительного процесса в кратчайшие сроки, максимальное сохранение функции молочной железы, максимальное сохранение эстетического состояния молочной железы.