

ПОСЛЕРОДОВЫЕ МАСТИТЫ

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Т. И. КРЫЛОВА, Л. В. АНАНИЧ, Н. Г. АРХИПЕНКО,
О. К. ГУРКОВСКАЯ

Кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — профессор Н. Ф. Лы-
зинов) Витебского медицинского института

За последнее десятилетие отмечается тенденция к росту послеродовых маститов, что объясняется распространением антибиотикоустойчивых штаммов патогенного стафилококка (Б. Л. Гуртовой, З. П. Гращенко, 1973; Л. Н. Гранат, 1973 и др.).

Нами проведен анализ послеродовых маститов в Витебском клиническом роддоме № 1 за 1966—1973 гг. За этот период мы наблюдали

132 мастита на 27 411 родов (0,48%). Частота заболевания маститом составила (в %): в 1966 г.—0,35, в 1967 г.—0,30, в 1968 г.—0,42, в 1969 г.—0,46, в 1970 г.—0,52, в 1971 г.—0,56, в 1972 г.—0,53 и в 1973 г.—0,60. Приведенные данные свидетельствуют о возрастании заболеваемости послеродовым маститом за последнее пятилетие. Эта патология чаще встречается у первородящих (66, 67%).

Из сопутствующих маститу заболеваний в 6,81% выявлены ревматизм и недостаточность митрального клапана, в 4,51% — гипертоническая болезнь, в 3,03% — хронический тонзиллит, в 0,75% — туберкулез легких и в 5,33% — пиодермия.

Незадолго до родов 18,94% больных послеродовым маститом перенесли острые инфекционные заболевания (ангина и катар верхних дыхательных путей были в 12,93%, бронхопневмония — в 3,74% и пиелонефрит — в 2,27%). Осложнения беременности выявлены у 40,16% больных (ранний токсикоз был у 9,85%, поздний токсикоз — у 13,65%, угроза прерывания беременности — у 15,15%, многоводие — у 1,51%). Анемия беременных наблюдалась у 24,24% больных маститом.

В настоящее время в профилактике маститов определенное значение придается активной иммунизации стафилококковым анатоксином. 46,25% больных с послеродовым маститом в конце беременности трехкратно иммунизировались стафилококковым анатоксином, 30,33% — одно- или двукратно и 23,42% больных родильниц не иммунизировались. Следует отметить, что в группе больных, которым проводилось трехкратное введение анатоксина в конце беременности, гнойные маститы возникали в 2 раза реже, чем у больных маститом, не подвергавшихся иммунизации.

При поступлении в стационар для родоразрешения субфебрильная температура была у 22 рожениц и 38,3° — у одной. Беременность закончилась в срок у 84,09% рожениц.

Частота осложнений в родах (в %): несвоевременное излитие околоплодных вод — у 36,36, затяжные роды — у 7,57, кровопотеря свыше 400 мл — у 18,94 (у 12,12% родильниц кровопотеря полностью не была возмещена). Ручное отделение последа и контрольное исследование полости матки производилось у 12,88%, разрывы мягких тканей отмечены у 33,03%, оперативное родоразрешение было у 4,54% рожениц.

Послеродовый период осложнился метроэндометритом у 12,88% родильниц, субинволюцией матки — у 5,3%, расхождением швов на промежности — у 7,57%, острыми инфекциями (ангина, катар верхних дыхательных путей) — у 6,8%, анемией — у 7,57% и пиодермией — у 3,74%. Таким образом, предрасполагающими факторами к возникновению мастита у данного контингента женщин могли послужить сопутствующие и перенесенные во время беременности инфекционные заболевания, осложнения беременности, родов и послеродового периода, а также оперативные вмешательства. Эти факторы могли способствовать ослаблению материнского организма, снижению его защитных сил, угнетению иммунологических реакций и возникновению послеродового мастита.

Большое значение в возникновении воспалительного процесса в лактирующей молочной железе придается трещинам сосков (А. А. Федоровский, И. М. Старовойтов, 1967; Л. Н. Гранат, 1973 и др.). По нашим данным, трещины сосков наблюдались у 36,36% родильниц, страдающих маститом.

У 20,45% женщин послеродовый мастит возник на 3—5-е сутки послеродового периода, у 49,48% — на 6—8-е сутки и у 30,07% — на 9-е сутки

и позже. Таким образом, заболевание чаще возникало на 6—8-е сутки послеродового периода.

Воспалительный процесс одинаково часто наблюдался как в правой, так и в левой молочной железе. Причем у 74,22% женщин он локализовался в наружно-верхнем квадранте, у 12,89% — в нижнем квадранте, у 12,89% — в околососковой зоне.

Заболевание имело острое начало с высоким подъемом температуры (до 38—40°) у 90,16% больных и нередко сопровождалось ознобом. Вялое течение заболевания с нормальной температурой тела или однократным незначительным повышением ее наблюдалось у 9,84% женщин. Отмечены следующие изменения крови: ускоренная РОЭ (выше 40 мм) наблюдалась у 40,90% больных, лейкоцитоз (более 12 000) — у 22,72%.

Больным послеродовым маститом проводилось комплексное лечение (антибактериальная, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия и средства, направленные на повышение защитных сил организма). Лечение начинали с момента появления первых признаков начинающегося мастита. Для улучшения выделения молока и борьбы с застоем его больным послеродовым маститом перед кормлением грудью назначались подкожные инъекции питуитрина или окситоцина по 0,5 мл 2—3 раза в день, создавалось возвышенное положение молочной железы. При отсутствии непереносимости лечение начинали с внутримышечного введения пенициллина по 300 000 ЕД 6 раз в сутки и стрептомицина по 250 000 ЕД 2 раза в сутки. В последующие дни, если производился посев молока и воспалительный процесс не купировался, назначали антибиотики с учетом чувствительности к ним возбудителя. Некоторым больным после уточнения алергоанамнеза лечение начинали с антибиотиков широкого спектра действия: тетрациклин по 0,2 г 4 раза в сутки в сочетании с эритромицином по 0,25 г 4 раза в день, тетраолеан по 100 000 ЕД 3 раза в сутки внутримышечно, олеандомицин по 0,25 г 4 раза в сутки внутрь и др.

Антибиотики широкого спектра действия назначались и в затяжных случаях заболевания. Одновременно применялись сульфаниламиды по 1 г 4 раза в сутки. На большую грудь применялись: полуспиртовой компресс или повязки с мазью Вишневского, УВЧ или ультразвук (0,4—0,6 Вт/см²) в непрерывном режиме при прямом контакте в течение 10 минут ежедневно. Назначались: нистатин по 500 000 ЕД 4 раза в сутки, антигистаминные препараты — пипольфен, димедрол, супрастин. Для оказания стимулирующего действия на организм и повышения неспецифического иммунитета применяли аутогемотерапию (10 мл крови вместе с 500 000 ЕД пенициллина внутримышечно через день), гамма-глобулин по 2 мл каждые 4 дня, переливания плазмы (по 150—300 мл) и крови (по 200 мл). Для создания специфического противостафилококкового иммунитета применялся антистафилококковый гамма-глобулин по 2 мл в день внутримышечно или антистафилококковая плазма по 100 мл внутривенно. Из дезинтоксикационных средств (особенно больным с высокой температурой) назначали внутривенное введение 500 мл 5% раствора глюкозы, гемодеза по 300 мл и неокомпенсана по 200 мл. Все больные получали витамины (В, С, А и др.).

При отсутствии лейкоцитов в молоке кормление ребенка воспаленной молочной железой продолжалось. Противовоспалительное лечение мастита проводилось с момента заболевания и в течение 2 дней после купирования процесса. Следует отметить и положительный эффект ретроаммарной новокаиновой блокады, примененной некоторым больным в ранней стадии заболевания. Две-три блокады по 200—400 мл 0,25% раствора новокаина с добавлением 500 000 ЕД пенициллина, про-

водимые через 1—2 дня, помогали купировать воспалительный процесс в начальной (серозной) стадии.

В результате проведенного комплексного лечения больных послеродовым маститом у 52,27% процесс был купирован в начальной (серозной) стадии, у 28,03% заболевание перешло в инфильтративную стадию с последующим рассасыванием инфильтрата и у 19,7% больных произошло нагноение маститов.

При серозных маститах выраженные объективные изменения наблюдались от 2 до 10 дней (в среднем — 4,36 дня), при инфильтративных — от 4 до 12 дней (в среднем 7,51 дня). Больные с гнойными маститами переводились в гинекологическое или хирургическое отделение для оперативного лечения.

Посев молока произведен 21 больной с послеродовым маститом. У 15 из них в молоке обнаружено большое число лейкоцитов и кокковая микрофлора. Значительную опасность для инфицирования молочных желез представляют стафилококковые заболевания новорожденных, чаще всего пиодермия (Л. Н. Гранат, 1973).

У 15,9% новорожденных, матери которых болели маститом, выявлены воспалительные заболевания (пиодермия — у 7, фурункулез — у 3, конъюнктивит — у 2, абсцессы — у 4, пневмония — у 4). Заболевания у детей, как правило, развивались или несколько раньше возникновения мастита у матери, или одновременно.

ВЫВОДЫ

1. За последнее пятилетие частота заболевания послеродовым маститом возросла. Отмечается тенденция к росту гнойных маститов.

2. Трехкратное введение стафилококкового анатоксина в конце беременности способствует не только снижению заболеваемости послеродовым маститом, но и уменьшает частоту перехода его в гнойный.

3. Посевы молока для выявления возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам способствуют проведению целенаправленного и эффективного лечения больных послеродовым маститом.

4. Для предупреждения послеродового мастита необходимо шире применять иммунизацию беременных стафилококковым анатоксином, своевременно проводить профилактику и рациональную терапию трещин сосков, сопутствующих заболеваний, осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также инфекционных заболеваний новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

Гранат Л. Н. Послеродовой мастит. Л., 1973.— Гуртовой Б. Л., Грашенкова З. П. Акушерство и гинекология, 1973, № 8, с. 51.— Федоровский А. А., Старовойтов И. М. Лечение лактационных маститов. Киев. 1967.

POSTPARTIAL MASTITIS

N. F. Lyzikov, T. I. Krylova, L. V. Ananich, N. G. Arkhipenko, O. K. Gurkovskaya

SUMMARY

In 132 parturients an analysis of postpartial mastitis was conducted. For the last five years postpartial mastitis morbidity increased.

Complications of pregnancy, delivery and postpartial period can be the factors, predisposing to the development of postpartial mastitis.

For the prevention of postpartial mastitis it is necessary more wide to apply the immunization of pregnant women with a staphylococcal anatoxin, in the proper time to conduct the prophylaxis and rational therapy of split nipples, concomitant diseases, complications of pregnancy, delivery, postpartial period, as well as infectious diseases of newborn infants.