

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПУНКЦИЯМИ С ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Аспирант О. А. КОРОЛЬКОВА

Из кафедры № 1 акушерства и гинекологии (зав.— проф. П. В. Маненков) и кафедры микробиологии (консультант по работе — доц. Е. К. Наумова) Казанского государственного медицинского института

В повседневной работе в родильном и гинекологическом стационарах акушеру-гинекологу приходится нередко наблюдать у матерей, новорожденных и гинекологических больных воспалительные очаги в области молочных желез (маститы) и в подкожной клетчатке. Эти последние обычно наблюдаются после инъекции лекарственных растворов, особенно концентрированных растворов сернокислой магнезии, а также ихтиола, камфоры, камполона и других.

Несмотря на многочисленность работ о лечении этих воспалительных процессов, акушеры-гинекологи и хирурги еще не пришли к единому мнению по этому актуальному для практического врача вопросу.

Большинство врачей в таких случаях ведут выжидательную терапию, применяя различные компрессы и мази, тепло или холод, и если воспалительный очаг не рассасывается, ждут появления флюктуации, а затем вскрывают абсцесс.

За последние годы появились работы (Т. М. Лурье, Н. А. Мельников, С. Б. Рафалькес, И. Ф. Панцевич и др.) о хорошем действии при лактационных маститах отсасывающих пункций с последующим введением пенициллина. При этом большинство авторов приступали при появлении нагноения к местной пенициллинотерапии.

Используя пенициллин для лечения воспалительных процессов, нельзя забывать, что не все виды микробов и не всегда бывают чувствительны к пенициллину. Встречаются пенициллиноустойчивые формы, при наличии которых пенициллинотерапия оказывается неэффективной. В связи с этим назначение того или иного вида антибиотика должно быть индивидуализировано.

Наш небольшой опыт показывает, что для лечения воспалительных процессов в молочной железе и подкожной клетчатке надо применять тот антибиотик, к которому данный возбудитель больше всего чувствителен.

Мы поставили задачу проверить лечение воспалительных очагов отсасывающими пункциями с введением антибиотиков без хирургического разреза, используя при этом с помощью антибактериальных дисков выявление возбудителя и чувствительности его к различным антибиотикам.

Для лечения воспалительных процессов в молочной железе и подкожной клетчатке нами применялась следующая методика:

а) к пункции и введению антибиотиков приступали обычно с момента

обнаружения воспалительного очага (в начальной стадии, стадии инфильтрации и нагноения). При маститах в начальной стадии это лечение начиналось после тщательного опорожнения молочной железы молокоотсосом и легкого поглаживания по направлению к соску (по И. Е. Лебедеву). Если гной при пункциях не обнаруживался, кормление грудью ребенка во время лечения не прекращалось;

б) пункции и введение антибиотиков производились непосредственно в зону воспаления 1—2—3 уколами в зависимости от величины очага, после анестезии кожи в месте укола 0,25% раствором новокаина;

в) антибиотики (пенициллин, стрептомицин) разводились в 10—12 мл 0,25% раствора новокаина и вводились в дозе от 25 до 250 тысяч единиц однократно;

г) при наличии гноя, он отсасывался, и полость гнойника промывалась физиологическим раствором до тех пор, пока жидкость в шприце становилась прозрачной;

д) пункции проводились ежедневно 1 раз в сутки, в среднем в течение 2—12 дней, до появления при отсасывании сукровичного экссудата (при стерильной микрофлоре) и образования небольшого безболезненного уплотнения. После пункции и инъекции антибиотиков место укола иглы закрывалось лейкопластырем. Молочная железа между кормлениями высоко и туго забинтовывалась;

е) это лечение проводилось под контролем анализа крови и бактериологического исследования пунктата на возбудителя и его чувствительность к антибиотикам. Для выявления возбудителя полученный пунктат засеивался на кровяной агар, сахарный бульон и среду К. Тарощи. После суточного выдерживания посевов в термостате, результаты просматривались макроскопически и на мазках, окрашенных по методу Грам-Синева. Биохимические свойства возбудителей кишечной группы проверялись путем посева микробов на жидкие среды с сахарами и среду Эндо.

Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, мы применили следующий способ: извлеченную при пункции каплю экссудата помещали в пробирку с 1,5—2 мл физиологического раствора и после встряхивания выливали раствор равномерным слоем на чашку Петри с кровяным агаром. На посев испытуемого материала, в 4 сегментах, накладывались стандартные антибактериальные диски, пропитанные стрептомицином (с), левометицином (л), биомицином (б) и пенициллином (п) (рис. 1). Посев ставили в термостат при 37°. Через сутки, при наличии флоры, чувствительной к антибиотику, вокруг соответствующего диска обнаруживалась свободная от роста микробов зона, радиус которой нами измерялся и учитывался. Наибольший радиус зоны задержки роста микробов указывает на вид антибиотика, к которому особенно чувствителен данный возбудитель. При пенициллиноустойчивой форме

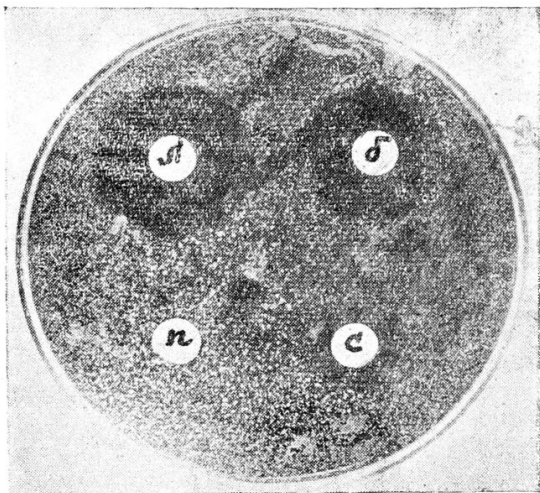


Рис. 1.

микробов вокруг диска, пропитанного пенициллином, имелся сплошной рост микрофлоры. При соблюдении этих условий мы провели лечение 77 больных, из них — 5 новорожденных, 12 гинекологических больных, 2 беременных и 58 родильниц.

Из 77 больных у 25 был мастит, из них у 2 — двухсторонний; серозный (начинающийся) — у 20, абсцедирующий — у 7; у 11 — воспалительные инфильтраты в подкожной клетчатке; у 36 — абсцессы в подкожной клетчатке (из них у 4 новорожденных); у 5 — инфильтраты в послеоперационных ранах.

Виды заболеваний и результаты лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1

№	Группы заболеваний	Число случаев	На какой ден. заболевания начато лечение		Число дней лечения антибиотиками			Исходы	
			до 5	более 5	до 5	5—10	более 10	выздоровление	оперативное лечение
1	Серозный (начинающийся) мастит . . .	20	20	—	17	3	—	19	1
2	Абсцедирующий мастит . . .	7	6	1	2	3	2	6	1
3	Инфильтративное воспаление в подкожной клетчатке	11	8	3	8	3	—	11	—
4	Абсцессы в подкожной клетчатке	36	24	12	9	17	10	32	4
5	Инфильтративное воспаление послеоперационных ран	5	5	—	4	1	—	5	—
Всего . . .		79	63	16	40	27	12	73	6

В первой группе мастит возник до 10 дня послеродового периода в 13 случаях, между 10—20 днями — в 6 случаях и на 4 неделе — в одном случае. В 1-й день от начала заболевания мы начали лечить 6 маститов, на 2 день — 12 и на 4 день — 2. У всей этой группы больных были жалобы на общее недомогание, головную боль, иногда плохой сон, боли в молочной железе, болезненное сцеживание молока. У 19 больных температура была от 37,9° до 39,5°, у 1 — субфебрильная. РОЭ — 77 мм/час, лейкоцитоз — 13 тысяч. У 6 больных до начала лечения применялась внутримышечная пенициллинотерапия.

При пункциях извлекались капли серозной жидкости. При бактериологических исследованиях пунктата у 14 больных выделены стафилококки. После лечения пункциями с введением пенициллина, от 2 до 5 дней в среднем, в 19 случаях наступило выздоровление. Только у одной больной позднее появился новый воспалительный очаг в ретромаммарной области. Лечение его в домашних условиях было затруднительным, не было доведено до конца и закончено вскрытием гнояника хирургом.

В группе II с абсцедирующим маститом были 1 новорожденный — 5 дней, 5 родильниц (1 — с двухсторонним маститом). У 3-х родильниц заболевание появилось в течение первых 10 дней послеродового периода, у 1 — между 10—20 днями и у 1 — позднее 20 дня. Двух больных мы начали лечить на 3 день от начала заболевания, 1 — на 2 день, 1 (двухсто-

ронный мастит) — на 4 день, 1 — на 5 день и 1 — на 23 день. Всем больным до нашего лечения применялся внутримышечно пенициллин. Двум больным применялась новокаиновая блокада по Вишневскому, аутогемотерапия, УВЧ и другие средства. У 3 больных температура была 38,2—39,0°, у 2 — субфебрильная, у 1 (новорожденного) — нормальная. Кровь: у 3 был умеренный лейкоцитоз и РОЭ от 38 до 64 мм/час. У 2 больных лейкоцитоз достигал 11.400.

Пунктат во всех случаях был гнойный. Промывание полости абсцесса физиологическим раствором проводилось у 4 больных.

Из 5 больных у 3 выделен золотистый гемолитический стафилококк, у 1 — лимонно-желтый гемолитический (все 4 с плазмокоагулирующими свойствами) и в 1 случае — грам-отрицательная палочка с биохимическими свойствами, напоминающими одну из разновидностей кишечной группы, дающая зону гемолиза. При определении чувствительности возбудителя к антибиотикам в 2 случаях выявилась абсолютно устойчивая к пенициллину форма; в 1 — зона задержки роста микробов вокруг диска, пропитанного пенициллином, была наименьшей, по сравнению с дисками, пропитанными другими антибиотиками.

Привожу данные измерения радиуса зоны просветления вокруг антибактериальных дисков при посеве гноя от больной Е. (двухсторонний гнойный абсцедирующий мастит):

а) гной из абсцесса правой молочной железы. Выделен золотистый гемолитический стафилококк; на чашке вокруг диска п — сплошной рост микроба, с — радиус зоны просветления 11,5 мм, б — 14 мм, л — 17,5 мм;

б) гной из абсцесса левой молочной железы. Выделен лимонно-желтый гемолитический стафилококк; п — 8,5 мм, б — 11 мм, с — 15 мм, л — 25 мм.

Из 7 леченных абсцессов в 4 применен пенициллин, в 3 — стрептомицин.

В случае мастита, упорно неподдававшегося лечению пенициллином и закончившегося операцией, определение чувствительности возбудителя к антибиотику не проведено.

При изучении действия антибиотиков на гноеродные микробы у 3 больных выяснилось, что в 1 случае, где возбудителем была грам-отрицательная палочка, микроб исчез после 3-го введения стрептомицина; в 2 случаях, где возбудителями были стафилококки, — после 6-го и 8-го введения того же антибиотика.

Приведу историю болезни, характерную для этой группы.

Родильница В., 22 лет (первородящая), поступила под наше наблюдение 19/II 1957 г. (на 23 день заболевания), по поводу левостороннего гнойного мастита (абсцедирующая форма). 27/I-57 г. в родильном доме, на 7 день после родов, у нее появились первые признаки начинающегося мастита, по поводу чего было проведено внутримышечное лечение пенициллином. На 3-й день лечения при нормальной температуре и кажущемся выздоровлении больная была выписана домой. К вечеру того же дня температура вновь повысилась до 38,5° и выявилась картина мастита. Начата массивная внутримышечная пенициллинотерапия, проведена новокаиновая блокада с добавлением 500 тысяч единиц пенициллина. К 19/II больная получила 12 млн. 600 тыс. ед. пенициллина. Температура удерживалась на субфебрильных цифрах, боли в молочной железе стали сильнее, а уплотнение увеличилось до размеров гусиного яйца с отчетливыми границами. Лейкоцитоз — 8800, РОЭ — 38 мм/час.

19/II (на 23 день заболевания) начато лечение по нашему методу. При первой пункции было извлечено около 16 мл густого зеленого гноя. В опорожненную полость был введен пенициллин в количестве 250 тыс. единиц.

При посеве пунктата на питательные среды (кровяной агар, сахарный бульон, среде К. Тароцци) и последующих пересевах, выросли мелкие выпуклые сероватые колонии грам-отрицательной палочки, окруженные зоной гемолиза, с биохимическими свойствами, напоминающими одну из разновидностей кишечной группы (на среде Эндо выросли крупные колонии с металлическим блеском; сахара: лактоза, глюкоза, мальтоза, маннит и сахароза разложились с образованием кислоты и газа). Реакция на сероводород — отрицательная.

При определении чувствительности микроба к антибиотикам выяснилось, что к пенициллину данный возбудитель абсолютно не чувствителен. Вокруг диска, пропитанного пенициллином, наблюдался сплошной рост палочки, наибольшая зона задержки роста оказалась у диска, пропитанного левомицином (радиус — 14 мм), несколько меньшая — у диска с биомицином (радиус — 12,5 мм) и еще меньше у диска со стрептомицином (радиус — 10,5 мм). (См. рис. 1).

С 20/II-57 г. начаты пункции с введением стрептомицина по 250 тыс. единиц в очаг воспаления 1 раз в сутки. Пункции проводились ежедневно — до 26/II — с одно-

кратным перерывом в 2 дня. Всего проведено 6 пункций, из них 1 с введением пенициллина без эффекта и 5 с введением стрептомицина (из них 2 последние проведены при стерильной флоре). Введено 1 млн. 250 тыс. единиц стрептомицина.

К 26/II боль в молочной железе постепенно стихла, общее состояние стало хорошим, температура пришла к норме, РОЭ снизилась до 23 мм, а лейкоцитоз — до 6200, абсцесс уменьшился в размерах. На месте абсцесса осталось незначительное безболезненное уплотнение, а гной из густого и зеленого постепенно перешел в светло-сукровичную жидкость. Рост микрофлоры в посеве исчез после 3 введений стрептомицина.

В настоящее время больная здорова. Лактационная способность ее не нарушена. Молочная железа выглядит нормально. Уплотнение на месте воспалительного очага рассосалось через 2 месяца.

В группе III, куда входят 11 больных, у 8 больных лечение начато в течение первых 5 дней заболевания, у 2 — между 5 и 10 днями и у 1 — на 12 день. При бактериологическом исследовании пунктата (серозная жидкость) в 6 случаях выделены стафилококки. Лечение пункциями с введением пенициллина проводилось в течение 4—5 дней. У одной больной лечение сочеталось с одновременным введением пенициллина внутримышечно. У всех больных наступило выздоровление. Ни один инфильтрат не перешел в стадию нагноения. Рецидивов не было.

В группе IV было 4 новорожденных, 24 родильницы, 2 беременные и 6 гинекологических больных. У 16 больных наблюдалась высокая температура, достигающая 39,0°, у 11 — субфебрильная, у 9 — нормальная. У 10 больных было умеренное повышение РОЭ и лейкоцитоза, у 21 — выраженное. Пунктат у всех больных был гнойный и бактериологически исследован у 25 больных, причем у 1 больного (ребенок) роста микробов в посеве не было, у 23 обнаружены стафилококки, у 1 — грам-отрицательная палочка в комбинации с диплострептококком. Из 4 исследованных больных отсутствовал рост микроба при посеве в 1 случае после 3 пункций с введением пенициллина, в 2 случаях — после 5 пункций и в 1 случае, где возбудителем была грам-отрицательная палочка в сочетании с диплострептококком, — после 8 инъекций пенициллина и 1 — стрептомицина.

Из 4 больных, у которых было применено хирургическое лечение, у одной после подкожного введения 10% раствора хлористого кальция, имелся некроз тканей, а 3 ушли из-под нашего наблюдения.

В V группе у 5 больных с воспалением послеоперационных ран (у 4 — инфильтраты, у 1 — нагноение), проведено лечение в течение 4 дней в среднем, у всех больных наступило выздоровление без хирургических разрезов.

Итак, лечение воспалительных очагов отсасывающими пункциями с введением в очаг антибиотика, к которому возбудитель воспаления чувствителен, оказалось весьма эффективным и конкурирующим с хирургическим способом лечения не только у взрослых, но и у новорожденных.

Этот способ при раннем его применении предупреждает переход серозного масти в гнойный, а при абсцедирующих формах — позволяет избежать хирургического вмешательства, сохранить лактационную способность молочной железы и сократить длительность заболевания.