

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АДАПТИРОВАННЫМ СТАФИЛОКОККОВЫМ БАКТЕРИОФАГОМ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ МАСТИТОМ

Г. У. Ахмедьянова, В. А. Соболева, С. Д. Воропаева, Б. Л. Гуртовой

Всесоюзный НИИ акушерства и гинекологии (директор — академик АМН СССР проф. Л. С. Персианинов), Тбилисский НИИ вакцин и сывороток (директор — канд. биол. наук И.А. Георгадзе)

**Реферат.** Проведено лечение 66 больных гнойным маститом. 33 из них получили местно стафилококковый бактериофаг и 33 — сочетанную терапию гентамицином и бактериофагом. Основным возбудителем мастита является патогенный стафилококк, устойчивый к широко применяемым антибиотикам. Бактериофаг является эффективным средством при лечении гнойного, особенно абсцедирующего мастита. При контаминации ран протеем целесообразно применять бактериофаг в комбинации с гентамицином.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения стафилококковых фагов при лактационном (послеродовом) мастите. Под наблюдением находилось 66 женщин с послеродовым гнойным маститом. 33 из них получали лечение стафилококковым бактериофагом местно (1-я группа) и 33 — сочетанную терапию антибиотиками и бактериофагом (2-я группа). У 27 больных мастит начался на 2-й, у 17 — на 3-й неделе и у 17 — спустя 4 недели после родов. Лактационный мастит чаще наблюдается у первородящих (51 из 66). Преобладали больные в возрасте 20—30 лет (44). Одностороннее поражение было у 54 женщин, двустороннее — у 12. Процесс локализовался в верхне-наружном квадранте молочной железы у 28 больных, в верхне-внутреннем — у 7, в нижне-наружном — у 8, в нижне-внутреннем — у 6, в верхней полусфере — у 13 и в нижней — у 2; у 14 больных он распространялся на большую половину молочной железы.

На основании наблюдений и анализа материала одним из нас (Б. Л. Гуртовой) предложена новая группировка клинических форм гнойного лактационного мастита (см. табл.).

С целью изучения возбудителей послеродового мастита проведены бактериологические исследования гноя. Забор гноя производили во время операции сразу же после вскрытия очага, а затем в процессе лечения. У выделенных штаммов стафилококка определяли признаки, характеризующие патогенность (коагуляция плазмы, сбраживание маннита в анаэробных условиях, пигментообразование), а также устанавливали фаготип с помощью набора типовых стафилококковых фагов. У грамотрицательных бактерий изучали биохимические свойства и антигенные особенности.

При первом исследовании гноя у 62 больных был обнаружен золотистый стафилококк, преимущественно в монокультуре (у 51 больной). Выделенные культуры стафилококка обладали всем комплексом патогенных свойств, присущих этому виду бактерий. 40,5% штаммов типировались фагами 1 группы, причем 31,7% относились к эпидемическому фаготипу 80, циркулирующему в больницах и обладающему высокой вирулентностью.

После операции в период пребывания больных в стационаре у большинства микрофлора приобретала ассоциативный характер: сочетание стафилококка с грамотрицательными бактериями (протей, эшерихии, клебсиеллы и др.). Это обстоятельство связано с контаминацией ран грамотрицательными микроорганизмами, особенно протеем. При вторичном инфицировании послеоперационных ран протеем наблюдается обострение процесса, появление новых инфильтратов, которые могут потребовать повторного оперативного лечения.

Клинические формы лактационного мастита

Клинические формы	Число больных
1. Инфильтративно-гнойный . . . . .	43
а) диффузный . . . . .	26
б) «узловой» . . . . .	17
2. Абсцедирующий . . . . .	18
а) фурункулез ареолы . . . . .	—
б) абсцесс ареолы . . . . .	6
в) абсцесс в толще железы . . . . .	12
г) ретромаммарный абсцесс . . . . .	—
3. Флегмонозный . . . . .	7
4. Гангренозный . . . . .	1

Штаммы стафилококка, выделенные из гноя больных, оказались высокочувствительными к гентамицину, фузидину, рифампицину, линкомицину, оксациллину, метициллину, канамицину, мономицину, неомицину и устойчивыми к левомицетину, стрептомицину, ампициллину, бензилпенициллину, эритромицину, тетрациклину. Культуры протей характеризовались высокой чувствительностью к 2 антибиотикам: гентамицину и карбенициллину. Выделенные от больных маститом штаммы стафилококка обладали высокой чувствительностью к поливалентному стафилококковому бактериофагу.

Для лечения больных гнойным маститом применяли стафилококковый бактериофаг, изготовленный в Тбилисском НИИ вакцин и сывороток МЗ СССР и адаптированный к выделенным от больных штаммам стафилококка. Терапия гнойного мастита включала сочетание оперативного вмешательства с неоперативными методами лечения. Операцию производили в день поступления больной в стационар или на следующий день, сразу же делали тампонаду раны с применением стафилококкового бактериофага. Перевязки производили ежедневно. В зависимости от формы мастита ежедневная доза бактериофага в первые 3—4 дня составляла от 20 до 60 мл, затем постепенно дозу снижали до 20—15—10—5 мл. В среднем на курс лечения расходовалось от 100 до 300 мл бактериофага.

Одновременно в соответствии с тяжестью заболевания проводили дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию. Начиная со 2—3-х суток после операции больным назначали физиотерапевтическое лечение (УВЧ, УФО, диатермию, кварц).

У 28 больных 1-й группы, получавших фаг, температура снизилась до нормы в первые 2—3 дня после операции, у 4 больных — на 3—5-й день (только у 1 больной с обширным поражением молочной железы температура держалась в пределах 37,6—38,2°C более 5 дней). Уменьшились боли, исчезало чувство дискомфорта в молочной железе, изменялась окраска кожи над инфильтратом; операционные раны очищались от гнойного отделяемого на 5—7-е сутки, наблюдался активный рост грануляций и выполнение ран. Количество гноя резко уменьшалось уже на 2—3-и сутки, к концу лечения отделяемое ран было прозрачным или с примесью молока.

Показатели крови нормализовались к 7—14-му дню пребывания больных в стационаре. При повторных микробиологических исследованиях отделяемого операционных ран бактериологической стерильности не отмечено, хотя имелся выраженный клинический эффект.

У больных 2-й группы при исследовании гноя наряду со стафилококком выделялись грамотрицательные бактерии, наиболее часто протей. Поэтому им наряду с бактериофагом назначали гентамицин, к которому все выделенные штаммы протей были чувствительны. Гентамицин в первые 2—3 дня после операции применяли внутримышечно в дозе 80 мг 3 раза в сутки, затем дозу снижали до 80 мг 2 раза в сутки. Курс лечения продолжался 6—10 дней в зависимости от тяжести процесса. У больных этой группы быстрее улучшалось общее состояние, нормализация температуры происходила почти в те же сроки, наблюдалось активное выполнение ран грануляциями и не было рецидивов, которые требовали бы повторного оперативного лечения. Проведенное после курса сочетанной терапии бактериологическое исследование отделяемого из послеоперационных ран выявило у всех больных этой группы микробиологическую стерильность.

Таким образом, стафилококковый бактериофаг оказался эффективным при лечении гнойного, особенно абсцедирующего, мастита, когда имеется четко ограниченный очаг инфекции. Бактериофаг способствует быстрому очищению ран от гнойного отделяемого и активизирует выполнение их грануляциями. При более тяжелом течении мастита бактериофаг целесообразно сочетать с антибиотиками широкого спектра действия. В частности, при контаминации раны протеем эффективно сочетание бактериофага с гентамицином, к которому чувствительны как штаммы протей, так и штаммы стафилококка.

Поступила 24 мая 1977 г.

УДК 618.2+618.4]—053.71

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

*Л. И. Уразаева*

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Т. И. Степанова) Башкирского  
медицинского института им. 15-летия ВЛКСМ*

**Реферат.** Проанализировано течение беременности и родов у 244 женщин в возрасте от 13 до 17 лет и у 100 женщин в возрасте от 19 до 24 лет. Установлено, что осложнения беременности и родов (слабость родовой деятельности, преждевременные роды, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах) чаще возникают у юных первородящих. Это дает основание выделить данный контингент женщин в группу повышенного риска.