

Лечение трещин сосков 1).

Зав. отделением новорожденных д-ра К. П. Гаврилова.

До сих пор недостаточно фиксировано внимание работников ОММ на лечение трещины сосков у женщины. Между тем это заболевание, казалось бы так малозначущее, причиняя страдания матери, часто с первых же дней нарушает правильное вскармливание ребенка грудью, нередко заставляя женщину переводить ребенка на ранний докорм или даже отнимать его от груди, что ясно ведет к повышению детской заболеваемости и смертности. Кроме того, повышает время ухода за ребенком, выбивает женщину, хотя и временно, из армии трудящихся, приводит к вынужденным прогулам. С другой стороны, трещины сосков, как главный этиологический момент маститов, приводят этим путем женщину к длительному заболеванию, нередко калечат ее, делая неспособной или малоспособной к вскармливанию детей. Эти соображения заставляют нас обратить особое внимание на профилактику и лечение трещин сосков.

Работая ряд лет в отделении новорожденных Свердловского Акушерско-гинекологического института, а последний год—Уральского института ОММ, мы применяли для лечения сосков разнообразные методы, по преимуществу мази различного состава. Однако они нас не удовлетворяли, так как большой эффективности от этого лечения не отмечалось. К сожалению, статистики не велось и цифры мы привести не можем, но, наблюдая изо дня в день выписку женщин, мы часто отмечали, что женщины уходили с незажившими трещинами без улучшения. Кроме того применение мазей требовало большой затраты как живой силы, так и средств. Далее, удаление мазей с соска передкормлением ребенка также представляло некоторые затруднения. Наконец, служба часто хорошей культурой для микробов, они представляли всегда опасность большей возможности мастита. Сильно прижигающих средств, как *argentum nitricum*, мы избегали, считая, что аргентум образует довольно толстый, непроницаемый струпик, который может способствовать проникновению бактерий в глубину соска и молочные железы, если на соске под струпилом остаются бактерии, что весьма возможно при трудности приведения соска в асептическое состояние по чисто анатомическим свойствам его. Перед нами стояла проблема найти такое средство, которое можно было иметь в достаточном количестве и применять его бесперебойно в любой больничной, амбулаторной и домашней обстановке, не требовало бы большой затраты живой силы и было дешево.

Познакомившись с работой Румянцевой - Киселевой, проведенной под руководством приват-доцента Гузикова в Астраханском роддоме, о применении *kali hypermanganici* в разведении 10:160 при лечении трещин сосков, мы испытали его на своем материале. Это средство вполне удовлетворяло тем нашим запросам, о которых говорилось выше. Изменили мы несколько методику и концентрацию раствора, понизив ее до 5% с целью уменьшения прижигающего его действия, чтобы корочка, образующаяся при смазывании, была наиболее тонка и нежна, прижигающее действие не проникало в более глубокие слои кожи соска и таким образом не ухудшалось бы с этой стороны действие *argentum nitricum*. Смазывание производилось только самой трещины или эрозией, образующаяся корочка перед новым смазыванием удалялась, если она легко отходила, если же корочка крепко держалась, то насильственно не удалялась. Самое смазывание производилось только 1 раз в день. В единичных случаях мы применяли смешанное лечение, сначала *Sol. kali hypermang. 5%*, а затем 3% *methylenblau*. Последнее мы применяли, когда были жалобы женщин на сильную болезненность соска, так как синька по нашим наблюдениям, несколько обезболивала.

Всего нами было проведено лечение трещин сосков у 300 женщин. Из них трещины 3-й степени (наиболее глубокие) имели 18 или 6%. Все остальные были 1-й, 2-й степени и переходные. Трещин правого соска было 34 или 11,33%, левого 15 или 5% и обоих 251 или 83,66%.

Принимая во внимание, что родильницы в Институте находились в среднем 5 дней, а трещины обычно чаще всего появляются на 2—4 день, нам не удалось длительный срок наблюдать за результатами нашего лечения и приходилось ино-

*) Предварительное сообщение.

гда ограничиваться 1—2 смазываниями. Несмотря на это, результаты мы считаем благоприятными. Выписалось со здоровыми сосками 186 женщин (62%), с значительным улучшением 87 (29%), с небольшим улучшением 3, без изменения или неопределенные результаты 23 (7,7%) и 1 отказ от смазывания вследствие болезненности.

Исход 18 случаев 3-ей степени, наиболее трудно поддающихся лечению, был следующий: выздоровлений 9, заметных улучшений 6, небольших улучшений 1 и без изменения 2. Из этих 18 случаев смешанным способом, т. е. 5% Sol. kali hypermang. и 3% methylenblau, лечилось 3 с результатами: 2 выздоровления и 1 небольшое улучшение.

Операция закрытия калового свища способом эвагинации кишки.

Д-ра В. М. Осиповского. (Костенеево, ТССР).

Б-ная Чер—ва Мария, 57 лет, русская, крестьянка с. Свиногорье Елабужского района поступила 20/X 30 г. в хирургическое отделение Костенеевской б-цы по поводу стойкого незаживающего калового свища в левой паховой области. Свищ получился год тому назад после ущемления паховой грыжи (последующего нагноения и прорыва наружу). Из свища выделяется жидкий кал, кожа вокруг свища сильно раздражена и частично мацерирована. Отверстие свища с медную трехкопеечную монету. Б-ная подвергалась в 1929 и 30 г. операциям закрытия калового свища (освежение краев с последующим зашиванием, выжигание термокаутером, пластика и т. д.) и консервативному лечению,—но все это не дало заживления, Б-ная среднего роста, худая, истощена, с бледными покровами. Сердце и легкие нормальны.

27/X 30 г. под спинномозговой анестезией была произведена операция. Наружная поверхность свища за несколько дней до операции готовилась мазевыми повязками и за день до операции очищена и продезинфицирована. Подготовка операционного поля спиртом и t-ae iodi, свищ закрыт стерильными салфетками.

Разрез, выше свища на три поперечных пальца, левый параректальный, длиной в 10 сант. Рана разведена распырителями, к париетальной брюшине, соответственно месту свища, припаяна петля тонкой кишки длиной в 12 сант. и замурована спайками с сальником. Осторожно, тупым путем, спайки нарушены и кишечная петля несколько отсепарована от прикрепления к париетальной брюшине. Кишечник отгорожен салфетками. На расстоянии 2 сант. с обеих сторон на вращенную в свищ кишку наложены по два жома Douen'a и между ними кишка пересечена. Кишечные отрезки соединены end to end и защищены муфточкой из сальника. Свищевые отрезки кишки с обеих сторон были наглухо зашиты и брианши сняты. Корнцангом со стороны брюшной полости отрезки были вывернуты наружу в свищевое отверстие. С внутренней стороны на образовавшуюся „воронку“ от вывертывания кишечного отрезка наложены три шва и подведен кусочек сальника. Рана зашита наглухо. Коллодийная повязка. После этого в области свища иссечены с частью здоровой ткани вывернутые отрезки кишки. Два шва на кожу и тампон в нижний угол послесвищевой раны.

Послеоперационное течение гладкое, тампон удален на третий день, отделяемого нет. Отверстие после тампона заградулировано и свищ окончательно закрылся. Б-ная выписана на 14 день после операции совершенно оправившаяся и с закрывшимся свищем. Я видел больную почти через год после операции, чувствует себя очень хорошо, пополнила; на месте свища теперь рубец.

Операция закрытия каловых свищей способом эвагинации резецированных отрезков кишки через свищевое отверстие технически проста и целесообразна. Она имеет преимущества перед остальными способами тем, что позволяет провести вполне асептично вне раздраженной ткани операцию и удалить „свищевое содержимое“ целиком внебрюшинно. Последнее обстоятельство особенно ценно, т. к. существенным моментом в операции закрытых каловых свищей надо считать опасность инфицирования брюшины кишечным содержимым.

В русской литературе, насколько нам известно, таких операций описано очень мало. Так, д-р И. И. Садовский (Каз. мед. журн., № 10, 1929 г.) собрал с двумя своими—9 случаев, М. В. Карташев (Каз. мед. журн.; № 3, 1930 г.) описал еще 1 случай (десятый) и к этим уже описанным случаям мы прибавляем и наш.