

вана. У 2 чел. плевральная полость облитерировалась. Судьба оставшихся 5 больных неизвестна. Сроки наблюдения составили от 0,5 года до 5 лет.

Таким образом, консервативное лечение гангрены легкого бесперспективно, летальность при отсутствии хирургического вмешательства достигает 100%. По нашему опыту, пульмонэктомия пока остается, к сожалению, единственным средством спасти жизнь хотя бы части этих крайне тяжелых больных. Операцию следует производить в первые 10—14 дней пребывания в стационаре, не дожидаясь возникновения опасных осложнений, но с учетом реальных возможностей успеха.

Пути снижения летальности при острых гнойных заболеваниях легких мы усматриваем в рациональном лечении пневмонии на ранних этапах, срочной госпитализации в специализированные хирургические стационары при абсцедировании и в разумном сочетании консервативных и оперативных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н., Колесникова Р. С. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких. М., Медицина, 1961.—2. Вагнер Е. А., Фирсов В. Д., Смоленко С. В., Субботин В. М. Грудн. хир., 1971, 5.—3. Вахидов В. В. Мед. журн. Узбекистана, 1972, 12.—4. Горшков Ю. И. Хирургическое лечение гангрены и осложненных абсцессов легких. Автореф. докт. дисс. Горький, 1976.—5. Колесников И. С., Вихриев Б. С. В кн.: Руководство по легочной хирургии (под ред. И. С. Колесникова). Л., Медицина, 1969.—6. Пастухов Н. А. Вестн. хир., 1975, 12.—7. Руководство по пульмонологии (под ред. Н. В. Путова и Г. Б. Федосеева). Л., Медицина, 1978.—8. Стручков В. И. а) Гнойные заболевания легких и плевры. Л., Медицина, 1967; б) В кн.: Тезисы XVIII пленума правления Всесоюзного научного общества хирургов. Рязань, 1980.—9. Феофилов Г. Л. Грудн. хир., 1970, 1.

Поступила 13 января 1981 г.

УДК 618.19—002—089.844

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

В. К. Константинов, В. Я. Семкин

Клиника госпитальной хирургии (зав. — проф. И. И. Клюев) Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева

Реферат. У больных с тяжелым послеродовым маститом наряду с обычной интенсивной комплексной терапией для улучшения исхода заболевания с успехом использована аутодермопластика.

Ключевые слова: мастит, аутодермопластика.
Библиография: название.

В последние годы широко стали применять аутодермопластику при закрытии значительных дефектов кожного покрова после глубоких ожогов, отморожений, травм, при длительно не заживающих язвенных процессах, после некоторых оперативных вмешательств. Мы располагаем небольшим опытом применения аутодермопластики при лечении гнойных послеродовых маститов.

Под нашим наблюдением находились 342 больные с лактационными маститами. Тяжелая форма послеродового мастита с явлениями сепсиса наблюдалась у 34 женщин, из них у 11 развился некроз кожи и подкожной клетчатки на обширной площади молочных желез.

Состояние при поступлении у всех 11 женщин было тяжелым. Они жаловались на боли в молочных железах, резкую слабость, озноб, общее недомогание. Содержание гемоглобина было снижено до 1,0—0,7 ммоль/л, количество лейкоцитов составляло от $9 \cdot 10^9$ до $21,4 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ достигала 67 мм/ч. При осмотре отмечался некроз кожи и подкожной клетчатки одной или обеих молочных желез с умеренным или обильным гнойным отделяемым.

При посеве гноя у 8 больных найдены золотистые стафилококки, устойчивые к пенициллину, эритромицину, левомицетину, но чувствительные к ристомоцину и олеандомицину; у 2 — палочки из рода *Proteus mirabilis*, устойчивые к пенициллину, ристомоцину, мономицину, но чувствительные к тетрациклину, неомицину и стрептомицину; у 1 больной — палочки сине-зеленого гноя, чувствительные к левомицетину, эритромицину, мономицину, неомицину, но устойчивые к тетрациклину и стрептомицину.

После применения антибиотиков с учетом чувствительности микробов к ним, сульфаниламидов, проведения витаминотерапии, дезинтоксикационной терапии (5% раствор глюкозы, раствор Рингера — Локка, гемодез, реополиглюкин, желатиноль и др.), гемотрансфузий, десенсибилизирующей терапии, ежедневных перевязок состояние больных улучшалось, гнойные некротические раны очищались. У 5 больных раны зажили без аутодермопластики, а 6 женщинам из-за обширного дефекта кожи выполнена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом.

При пересадке кожи на грануляции, в которых протекают выраженные воспалительно-деструктивные и гиперпластические реакции как следствие постоянного контакта раны с внешней средой, приживляющийся трансплантат подвергается неблагоприятным воздействиям. Присутствие патогенной микрофлоры и продуктов ее жизнедеятельности на поверхности грануляций может привести к воспалительной реакции и некрозу пересаженной кожи (В. Б. Васильев, М. Д. Салиу-Лавал, 1973).

Учитывая изложенное выше, мы проводим тщательную предоперационную подготовку гранулирующих поверхностей молочных желез, включающую ежедневные 2—3-кратные перевязки с антисептическими растворами (фурацилина или риванола), повязки с 15% мазью прополиса, делаем переливания крови, плазмы и белковых гидролизатов.

Приводим одно из наших наблюдений.

Ф., 23 лет, поступила 16/IV 1977 г. в гнойное хирургическое отделение после неоднократных вскрытий гнойников обеих молочных желез в ЦРБ. Состояние больной тяжелое, она несколько заторможена, сознание сохранено. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Температура 38,6°. При аускультации в легких прослушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 108 уд. в 1 мин, АД 14/9 кПа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. Стул нормальный, мочеиспускание свободное и безболезненное.

На обеих молочных железах кожа практически отсутствует, сохранились лишь небольшие островки. Лишенные кожи участки желез представляют раневую поверхность, покрытую гнойным отделяемым. Анализ крови: Нб 1,3 ммоль/л, л. 16·10⁹ в 1 л, ю.—1%, п.—17%, с.—65%, лимф.—11%, мон.—6%. СОЭ 52 мм/ч.

Диагноз: двусторонний интрамаммарный гнойный послеродовой мастит; сепсис; некроз кожи и подкожной клетчатки обеих молочных желез.

После проведения интенсивной терапии состояние больной улучшилось, раневые поверхности очистились от гнойного отделяемого, появились мелкозернистые ровные и розовые грануляции. Анализ крови: Нб 1,7 ммоль/л, л. 8,6 · 10⁹ в 1 л, п.—5%, с.—69%, лимф.—16%, мон.—10%, СОЭ 26 мм/ч.

31/V произведена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (300 мл) дерматомом с ручным приводом с правого бедра взяты кожные лоскуты толщиной 0,3 мм. Лоскуты уложены на гранулирующие раны обеих молочных желез, фиксированы марлевыми салфетками и клеолом к краям ран. Послеоперационный период протекал гладко, трансплантаты прижили полностью. 15/VI Ф. выписана по выздоровлению.

Наш опыт показывает, что при лечении больных с тяжелым течением послеродовых гнойных маститов (септическое состояние и присоединившийся некроз кожи и подкожной клетчатки молочных желез) целесообразно сочетать проведение массивной противовоспалительной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии, переливаний крови, плазмы, белковых гидролизатов, ежедневных перевязок с аутодермопластикой.

ЛИТЕРАТУРА

Васильев В. Б., Салиу-Лавал М. Д. Хирургия, 1973, 2.

Поступила 20 мая 1980 г.

УДК 616.61—002.3—053.2—07:612.112:616—037

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПСОНИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Т. П. Макарова

Кафедра факультетской педиатрии (зав. — проф. К. А. Святкина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и отдел иммунологии и аллергии (зав. — доктор мед. наук А. Н. Маянский) Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии

Реферат. Проведено исследование опсонической функции альтернативного пути активации комплемента у 95 детей, больных пиелонефритом. Выявлено снижение показателей в острой фазе у большинства больных, независимо от формы пиелонеф-