

---

Кафедра Общей Хирургии СЭМЗ  
Зав. кафедрой д-р медицинских наук  
профессор Богданов Р.Р.

А.Ю. Богопольский  
Клиника и лечение  
гнойных маститов.

Диссертация на соискание ученой  
степени кандидата медицинских наук

г. Свердловск  
1946 г.

---

*Свои скромный труд  
посвящаю памяти жены-друга*

*Автор*

О Г Л А В Л Е Н И Е.

	Стр.
В в е д е н и е .....	1
Глава 1 - Статистика.....	3
-" II - Краткие сведения по анатомии грудной железы.....	7
-" III - Этиология и патогенез маститов.....	16
-" IV - Трещины сосков, профилактика и лечение их . . . . .	21
-" V - Классификация маститов.....	30
Патолого-гистологические данные.....	37
-" VI - Клиника маститов.....	60
-" VII - Лечение маститов:	
а) консервативные способы.....	89
б) хирургические способы.....	111
Наш оперативный материал.....	121
 В в ы в о д ы .....	 179
В ы п и с к и из историй болезни больных, оперированных по способу Барденгейера.....	182
-" из историй болезни больных, оперированных по способу Ангерера.....	201
-" из историй болезни больных, оперированных по способу Вишневого.....	214
 Т а б л и ц ы .....	 232
Л и т е р а т у р а .....	250

## В В Е Д Е Н И Е.

Поощряемая заботами Партии и Правительства многодетность требует также и от работников Советской Медицины заботы о сохранении здоровья кормящей грудью матери и ребенка. Выполнение этого требования зависит во многом от естественного вскармливания ребенка грудью и борьбы с теми нередкими осложнениями, которые бывают в этом периоде, доставляющими большие страдания матери и немалый вред ребенку.

Заболевания грудной железы в периоде кормления часто вынуждают мать перейти на искусственное вскармливание ребенка, что в свою очередь нередко влечет к желудочно-кишечным расстройствам у детей, развитию различных диатезов с большим % смертности. В связи с этим и с ожидающимся после окончания Отечественной войны увеличением рождаемости в нашей стране, вопрос о профилактике и лечении воспаления грудной железы приобретает особую актуальность.

Войно-Ясенецкий <sup>№6</sup> пишет: „Грудница стара, как человеческий род, многие миллионы женщин болеют ею и с незапамятных времен врачи изопрядлись в лечении ее, но и в наше время, при блестящем расцвете хирургии, мы не можем похвалиться полным умением лечить мастит“.

В настоящей работе мы поставили перед собой задачи:

- 1) на основании литературных данных и своего клинического материала, по-возможности, уточнить этиологические моменты и патогенез маститов;
- 2) выявить клинические проявления его и
- 3) разработать меры профилактики и наиболее эффективные способы лечения при различных формах мастита с сохранением функции железы.

## ГЛАВА 1.

### СТАТИСТИКА.

В громадном большинстве случаев мастит наблюдается у кормящих и значительно реже у родильниц, не кормящих грудью. По Мангейму<sup>№33</sup> на 128 маститов 120 образовалось во время кормления.

По данным Кусталова<sup>№27)</sup> на 379 кормящих грудью женщин наблюдалось 3 случая мастита.

Первородящие более предрасположены к заболеванию маститом, чем повторнородящие. В у м м<sup>№2</sup> указывает, что мастит у первородящих повторяется вдвое чаще, чем у повторнородящих и что с увеличением количества беременностей частота его уменьшается.

В большинстве старых статистик % заболеваемости маститом колеблется от 5,9% / Winckel / до 13% / Koehler /. (Цит. по Дитриху)<sup>№62</sup>.

В связи с улучшением общих гигиенических условий и улучшением ухода за соском и грудной железой % заболевания маститом за последние десятилетия значительно снизился до 0,5 - 1,9%.

Однако, статистические данные о частоте маститов, приводимые акушерскими клиниками, не всегда верны и часто бывает ниже действительности, так как родильницы в большинстве случаев выписываются из клиники в течение первых двух недель, а заболевание маститом развивается чаще всего на 3-4 неделе после родов. Естественно, что истинная цифра этого заболевания ускользает из статистики акушер-

ской клиники, а больные с развившимся маститом поступают на лечение в другие хирургические учреждения.

По данным Свердловского Института Охраны Материнства и Младенчества, заболевание послеродовым маститом наблюдалось:

в 1942 году на 4942 родов	- 31 случай	- 0,62%
1943 " " 2974 "	- 14 "	- 0,47%
1944 " " 2776 "	- 19 "	- 0,68%

По данным же родильного дома УЗТМ, где все послеродовые маститы проходят через хирургическое отделение этого же лечебного объединения с общей статистикой, послеродовые маститы наблюдались:

в 1938 году на 3429 родов	- 31 случай	- 0,9%
1939 " " 3421 "	- 34 "	- 1,0%
1940 " " 2928 "	- 26 "	- 0,88%
1941 " " 2939 "	- 30 "	- 1,0%
1942 " " 2312 "	- 24 "	- 1,0%
1943 " " 1479 "	- 23 "	- 1,5%
1944 " " 1431 "	- 24 "	- 1,6%

Таким образом, заболевания послеродовым маститом по данным лечебного объединения УЗТМ колеблются от 1% до 1,5%, при чем годы Отечественной войны дали повышение % заболеваемости.

В клинике общей хирургии, расположенной на базе 3-ей Клинической больницы, за 5 лет, с 1939 по 1944 г., нами наблюдалось 160 маститов, из них:

маститов послеродовых	.....141 случай,
-"- беременных	..... 5 "
-"- не беременных и не кормящих	... 14 "

По возрасту больные наши распределялись следующим образом:

от 14 лет до 20 лет.....	21 чел.
" 21 г. " 25 " .....	72 "
" 26 лет " 30 " .....	37 "
" 31 г. " 35 " .....	15 "
" 36 л. " 40 .....	11 "
" 41 г. " 45 " .....	4 "

Таким образом, наиболее ранний возраст, при котором наблюдался мастит, был 14-летний.

Наиболее ранний возраст для послеродового мастита был 16-летний, наиболее поздний 45 лет.

По локализации процесса правосторонних маститов было 83 - 52%, левосторонних 66 - 41%, двусторонних 11 - 7%.

У Мангейма, наоборот, в 50% отмечалось воспаление левой грудной железы, в 37% - правой и в 13% процессе был двусторонний.

В нашем материале послеродовые маститы у первородящих наблюдались в 80 случаях, повторнородящих в 39 случаях и многорожавших в 22 случаях.

Послеродовой мастит возникает чаще всего в течение первых 4-х недель после родов. По данным Ф а й н е н а /Feinen<sup>63</sup>/ на 2-4 неделе, По Д и т р и х у и Ф р а н г е н г е й м у /Dietrich u Frangenheim/<sup>62</sup> на 3-4 неделе. У наших больных заболевание наступало в течение:

первой недели после родов в.....	15 случаях
второй " " " " .....	35 "

третьей недели после родов в.....	29	случаях
четвертой " " " " .....	25	"
овыве четырех недель в разные сроки до года и больше.....	37	"
	<hr/>	
	141 случай.	



Г Л А В А П.

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО АНАТОМИИ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.<sup>х)</sup>

Топография.

Грудные железы женщины располагаются на передней поверхности грудной клетки между 3 и 7 ребром, простираясь в поперечном направлении от наружного края грудной до передней аксиллярной линии. Форма их и величина непостоянны и зависят от возраста, количества предшествовавших родов, кормлений, степени упитанности и проч.

Грудная железа окружена жировой тканью со всех сторон и состоит из 20-24 гроздевидных долек, между которыми расположена соединительная ткань. Подвешивающим аппаратом грудной железы является поверхностная фасция (*fascia superficialis*), прикрепляющаяся сверху к ключице по всей ее длине. Спускаясь вниз, эта фасция вместе с подкожно-жировым слоем у верхнего края железы раздваивается на две пластинки, из которых одна идет впереди тела железы, а другая позади нее. Таким образом, грудная железа находится между двумя фасциальными листами и слоями жировой клетчатки. (Фото № 1).

Между глубокими слоями кожи и передней поверхностью тела железы проходят плотные соединительно-тканые тяжи (*lig. suspensorium Cooperi*). Кроме того, для укрепления всей железы служат соединительно-тканые отростки (*retinacula mammae*), соединяющие ее с подкожно-жировой клетчаткой и фасцией большой грудной железы. Подвижность грудной железы обуславливается тонким слоем

<sup>28</sup><sup>31</sup><sup>5</sup>  
<sup>х)</sup> По Кютнеру, Лисенкову, Брускину.



рыхлой соединительной ткани, лежащей между листками поверхностной фасции, в которой заключена железа с фасцией грудной мышцы.

В центре железы или несколько книзу располагается сосок (*papilla mammae*), верхушка которого изрыта отрывающимися на нем млечными ходами. М а н г е й м различает конусовидную, цилиндрическую или грушевидную форму соска. Величина его зависит от возраста и функционального состояния железы. Длина его 1 - 2 см., ширина 8 - 15 мм. Ввиду наличия в нем мышечных волокон, величина его может меняться. Кроме выводных протоков, осевая часть соска состоит из соединительно-тканых эластичных и гладких мышечных волокон, которые располагаются параллельно и перпендикулярно к нему, заходят в самую железу, располагаясь вокруг млечных ходов, и играют роль сфинктеров и экспрессоров железы.

Вокруг соска имеется пигментированный околососковый кружок (*areola mammae*). Во время беременности он увеличивается в размерах и пигментация его усиливается. Кожа его морщиниста, неподвижна и имеет около 15 сальных желез (*glandulae Montgomery*) и небольшое количество волос.

Под кожей кружка имеется сеть гладких мышечных волокон, которые располагаются то вокруг, то радиарно к оси соска..

#### Микроскопическое строение грудной железы.

По своему строению грудная железа представляет собой сложную альвеолярную железу, состоящую из 15-20 от-

дельных конусообразных долей, которые своими верхушками радиарно сходятся к соску и соединены между собой соединительной тканью. Каждая доля состоит из более мелких долек ( *lobuli* ), которые в глубине в свою очередь дихотомически разветвляются и переходят в альвеолярные ходы с многочисленными боковыми выпячиваниями - альвеолами. Каждая имеет свой выводной проток, заканчивающийся на соске. Не доходя до поверхности кожи, каждый выводной проток образует ампуловидное расширение ( *sinus lactiferus* ), а затем у выхода снова суживается и в наружном отверстии ( *porus lactiferus* ) приобретает диаметр 0,4-0,7 мм. Некоторые млечные ходы сливаются друг с другом, поэтому число отверстий на соске может быть меньше числа млечных ходов. ( фото № 2 ).

В самом начале у соска эпителиальный покров выводных протоков состоит из многослойного плоского эпителия. Глубже идет цилиндрический эпителий, в крупных разветвлениях - двурядный, в мелких ходах - низкий. Тотчас под эпителием соединительная ткань образует уплотненный слой - собственно или основную перепонку ( *membrana propria* ). В мелких ходах наружная стенка образуется из тонкой основной перепонки. Эпителий альвеол представляется различным, в зависимости от функции железы. В покойном состоянии альвеолярные ходы имеют узкий просвет с кубическим эпителием. Во время функции эпителий альвеол, размножаясь, представляется высоким. Вокруг альвеол располагается соответственная оболочка альвеолы, внутри от которой лежат звездчатые клетки, анастомозирующие между собой своими отрост-

нами и образующие сеть вроде корзинок, играющих опорную роль.

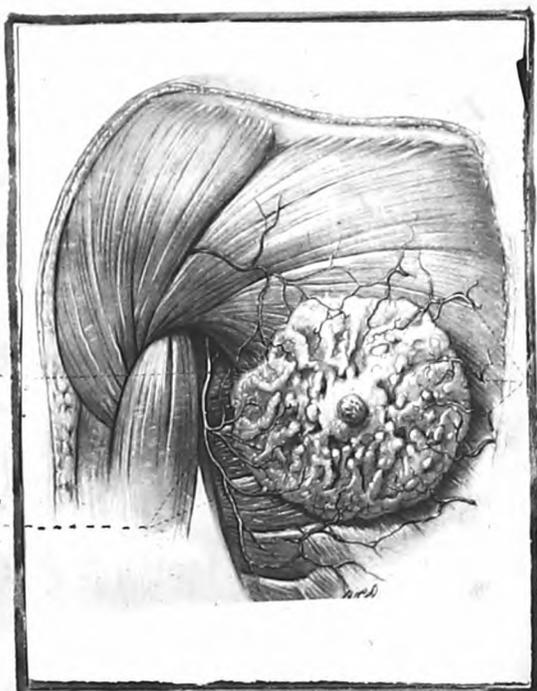
### Кровоснабжение грудной железы.

Кровоснабжение грудной железы идет из трех источников: верхняя половина ее снабжается из внутренней грудной артерии (*art. mammaria interna*) (ветвь подключичной). Изнутри в грудную железу вступают ветви межреберных артерий (*art. intercostales*). Наружная сторона грудной железы снабжается боковой грудной артерией (*art. thoracalis later.*) (ветвь *art. axillaris*). (Фото № 3).

Вены сопровождают одноименные артерии и образуют многочисленные анастомозы, впадающие в подкрыльцовую и подключичные вены. Вены, анастомозирующие вокруг грудного соска, известны под названием круга Халлера.

Боковая  
артерия  
грудной  
клетки

Наружные  
ветви ар-  
терии  
грудной  
железы



Переворачивающиеся  
ветви от внут-  
ренней артерии  
грудной железы  
и межреберных  
артерий

Фото № 3 Артериальное кровоснабжение

Лимфатическая система грудной железы.

В грудной железе различают поверхностную и глубокую сеть лимфатических сосудов. Поверхностные сосуды начинаются вблизи центра железы и образуют в подкожной клетчатке вокруг соска очень густую лимфатическую сеть. (Фото № 4). Глубокие лимфатические сосуды, начинаясь между дольками железы, направляются к поверхности и вливаются в околососковую сеть. Главные отводящие лимфу пути идут по наружной стороне груди и подкрыльцовой впадине параллельно нижнему краю большой грудной мышцы. (Фото № 5). Кроме того, имеется еще несколько добавочных путей: 1) подкрыльцовый путь через большую грудную мышцу к глубоким подмышечным лимфатическим железам, 2) подключичный — между большой и малой грудными мышцами к подключичным лимфатическим железам, 3) надключичный путь направляется непосредственно к надключичным железам, минуя подмышечные, 4) внутригрудной путь, прободаящий 2-3-мя стволиками межреберные промежутки и изливающий лимфу в передние медиастинальные железы.

Описан еще один путь, направляющийся из нижне-внутреннего квадранта грудной железы в эпигастральную область, анастомозирующий затем с лимфатическими путями плевры, поддиафрагмального пространства и печени.

Наконец, поверхностные лимфатические сосуды обеих грудей анастомозируют между собой. (Фото № 6).

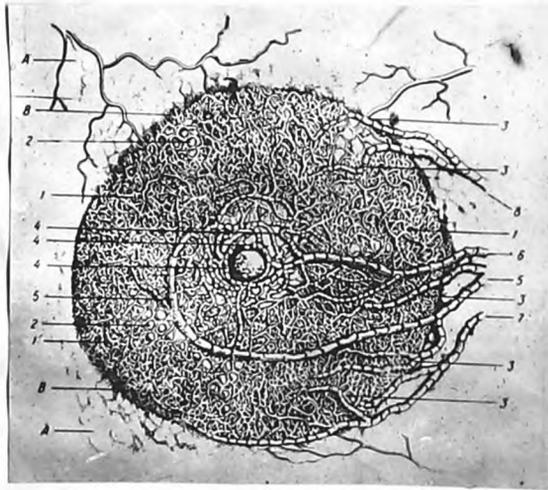


Фото №4 Сеть лимфатических сосудов на передней поверхности грудной железы; субареолярное сплетение; стволы.

A - слой жира; B - край толстая кровеносными сосудами.

1 - сеть лимфатических сосудов вокруг поверхностных долек; она проникает также в долики; 2 - стволы долек; 3 - лимфатические сосуды, отходящие от периферической сети; 4 - субареолярное сплетение; 5 - крупные стволы; 6 - крупные, более прямолинейные стволы; 7 и 8 - стволы от периферии железы; 5, 6, 7, 8 принадлежат к *lymphoglandulae axillaris* [по Даррелю].

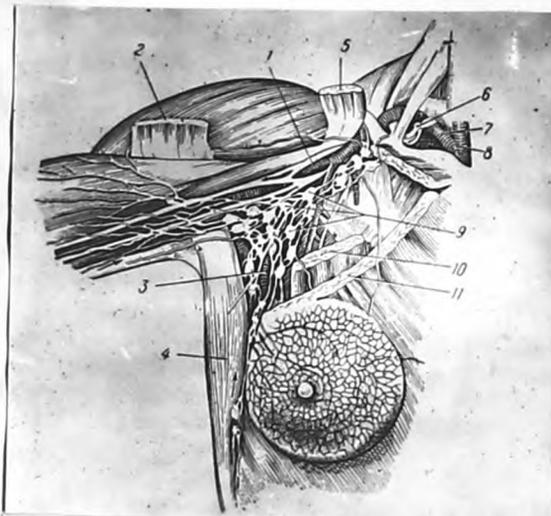


Фото №5 Лимфатические железы и лимфатические сосуды подмышечной впадины вместе с лимфатическими сосудами грудной железы

1 - *a. axillaris*; 2 - *m. pectoralis major*; 3 - *a. et n. thoraco-dorsalis*; 4 - *m. latissimus dorsi*; 5 - *m. pectoralis minor*; 6 - *lymphoglandulae supraventriculares*; 7 - *a. subclavia*; 8 - *a. anonyma*; 9 - *lymphoglandulae axillares*; 10 - *m. pectoralis major*. [ по Тучарде ].

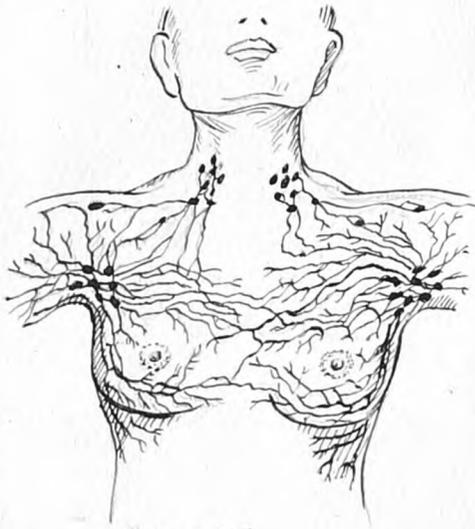


Фото №6

Анастомозы между лимфатическими сосудами обеих грудных желез /заимствовано из БМЭ. кн. 8, стр. 157/.

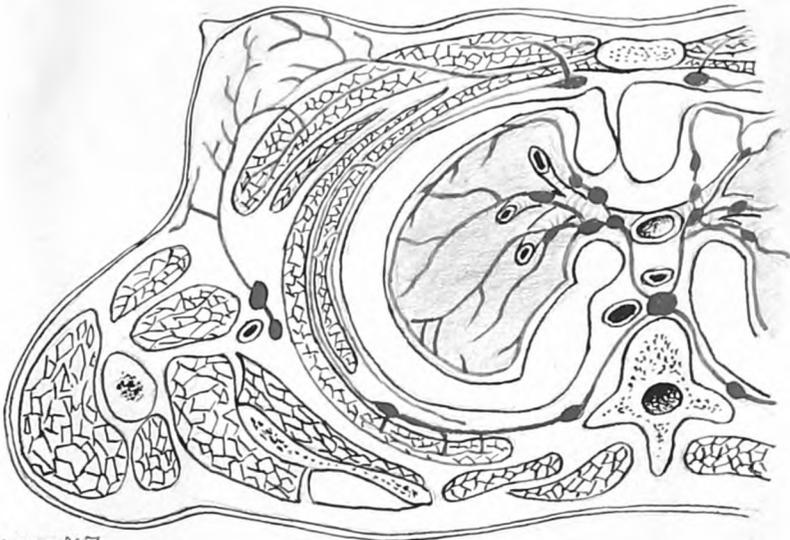


Фото №7

Лимфатические пути грудной клетки. /По Корнингу/.



Рис. № 8 Поверхностные лимфатические сосуды головы и глубокие лимфатические сосуды шеи, подмышечной впадины с относящимися сюда лимфатическими узлами; лимфатические сосуды грудной железы.

1-lymphoglandulae cervicales profundae sup.; 2-lymphoglandulae cervicales profundae inf.; 3-truncus jugularis; 4-truncus subclavius; 5-v. cephalica; 6-plexus axillaris; 7-lymphoglandulae axillaris; 8-lymphoglandulae pectorales; 9-лимфатические сосуды грудной железы. (по Толмачу).  
Заметьвано у Лушникова.

Г Л А В А Ш.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МАСТИТОВ.

В этиологии послеродового мастита большую роль играет инфекция, проникающая тем или иным путем в грудную железу. Некоторые авторы (Кушталов<sup>27</sup>, Ляндрес<sup>32</sup> и др.) придают еще значение особому предрасположению грудных желез к воспалительным заболеваниям в периоды высшей функциональной активности их и ослаблению сопротивляемости организма во время кормления.

Возбудителями мастита могут быть разнообразнейшие микробы. Из литературных источников известно, что чаще всего в гное маститов обнаруживаются стафилококки, реже стрептококки, *Bac. pyocyaneus*, *proteus vulgaris*, *micrococcus tetragenus*, гонококки и другие. Наш выборочный материал подтверждает эти данные: так например, из 43 бактериологически обследованных нами случаев мы имели в 25 случаях золотистый гемолитический стафилококк, в 5 случаях гемолитический стафилококк, в 2 случаях золотистый стафилококк, в 3 случаях - стафилококки, в 5 случаях гемолитический стрептококк и в 2 случаях гемолитический стафилококк, гемолитический стрептококк и синегнойная палочка в ассоциации. Таким образом, почти в 80% случаев мы имели стафилококк.

Различают три пути проникновения инфекции в грудную железу: 1) через млечные ходы - галактогенный путь, 2) через лимфатические пути - лимфогенный и 3) гематогенный.

До сих пор еще окончательно не решен вопрос о том,

какой из этих путей является наиболее частым и вероятным.

Гематогенный путь проникновения инфекции в железу наблюдается чрезвычайно редко и встречается при септических заболеваниях, как проявление пиэмии или как осложнение после инфекционных заболеваний.

Спорным остается вопрос о возможности проникновения инфекции галактогенным или лимфогенным путем.

Сторонники галактогенного пути указывают, что инфекция проникает в грудную железу через молочные ходы в результате инфицирования соска: загрязнение соска руками, грязным бельем и проч. или путем "втирания" инфекции через трещины соска при акте сосания (В у м м).<sup>60</sup>

По исследованиям ряда авторов (Вумм, Клионский,<sup>21</sup> Мангейм и др.) в молоке здоровых, не страдавших маститом женщин, часто находятся различного вида микробы. Особенно часто встречаются стафилококки. Однако, одного наличия этих микробов бывает недостаточно для возникновения мастита. Это обстоятельство объясняют тем, что микробы эти не патогенны или слабо вирулентны и они свободно выделяются вместе с молоком (Мангейм). Дети, питающиеся этим молоком, поправляются и прибывают в весе. Для возникновения же мастита необходимы особо благоприятные для инфекции условия, которые, по мнению В у м м а, заключаются в застое молока в связи с прекращением кормления по той или иной причине (болезненные трещины, отлучение от груди ребенка, недостаточное отсасывание и проч.). С этим согласны авторы, считающие, что застой молока сам по себе не вызывает воспаления и является только предрасполагающим моментом для возникновения мастита.

В застоявшемся в млечных протоках молоке происходит молочко-кислое брожение, молоко свертывается. Эпителий, выстилающий млечные ходы, нарушается и бактерии проникают в окружающую соединительную ткань (Мангейм, Дитрих, Франгенгейм). При застое молока жир и продукты распада его уносятся эмигрирующими лейкоцитами в тканевые щели. В окружности скоплений таких жировых масс могут возникнуть очаги грануляций с гигантскими клетками. В этом процессе Д и т р и х и Ф р а н г е н г е й м отрицают моменты воспаления, но внедрившиеся по млечным ходам микроорганизмы находят в застоявшемся молоке благоприятную почву для своего развития и вызывают картину воспаления.

В и л ь р о т же считает, что застой молока в дольках железы является вторичным явлением: вследствие воспалительного набухания и сужения выводных протоков происходит застой молока и создается почва для дальнейшего распространения воспаления (цит. по Дитриху).

Повидимому, надо считать, что инфекция, проникшая вглубь железы по млечным протокам до конечных пузырьков, вызывает воспалительную инфильтрацию в стенках млечных ходов и по их периферии, в результате чего происходит закупорка просвета и задержка секрета в дольках желез. С другой стороны инфекция способствует разложению застоявшегося молока. Продукты распада молока — жирные кислоты действуют раздражающе и разрушающе на эпителий желез и вызывают выход лейкоцитов. Бактерии через разрушенный эпителий проникают вглубь в отдельные

железистые дольки и вызывают воспалительный процесс — паренхиматозный мастит. Последний, прогрессируя, может закончиться гнойным расплавлением одной или нескольких долек железы с образованием абсцессов. Такие абсцессы могут возникнуть одновременно или последовательно в зависимости от поступления инфекции по отдельным протокам, соответствующим той или иной долке железы.

Воспаления, возникающие вне периода лактации, чаще развиваются за счет интерстициальной ткани. Здесь инфекция проникает по лимфатическим путям и ведет к гнойному расплавлению клетчатки вокруг молочных ходов и между дольками железы. Дольки же в процесс вовлекаются вторично (*per continuitatem*).

Мангейм считает, что застой молока без инфекции никогда не ведет к маститу. По его мнению, лимфатический путь является единственным в этиологии мастита. Входными воротами являются трещины сосков, из которых инфекция, распространяясь, вызывает острый лимфангоит, в результате чего сдавливаются млечные ходы и развивается застой молока.

Мы согласны с мнением Мангейма и основным путем для проникновения инфекции в грудную железу считаем лимфатический путь через трещины сосков, которые являются наиболее частым осложнением во время кормления ребенка грудью. Установить откуда произошел абсцесс из расплавленного млечного протока, железистой дольки или из интерстициальной ткани, вовлекая железистую ткань вторично, не

возможно, да в этом и нет особой необходимости. Обычно обе формы встречаются чаще комбинированно, так как воспалительный процесс переходит с паренхимы на межлочечковую ткань и наоборот.

Д и т р и х и Ф р а н г е н г е й м считают, что опорная и питающая ткань тела железы представляют собою единство с эпителиальными ходами и дольками и нельзя при воспалении провести подразделения между паренхимой и стромой железы.

Отдельные гнойники, возникшие в результате расплавления дольки железы, могут располагаться в различных отделах железы и сливаться между собой, образуя той или иной величины абсцессы. Обычно эти абсцессы локализируются между кожей и железой — антемаммарно, внутри железы — интрамаммарно и позади грудной железы между фасцией железы и фасцией грудной мышцы — ретромаммарно. (Фото № 9)

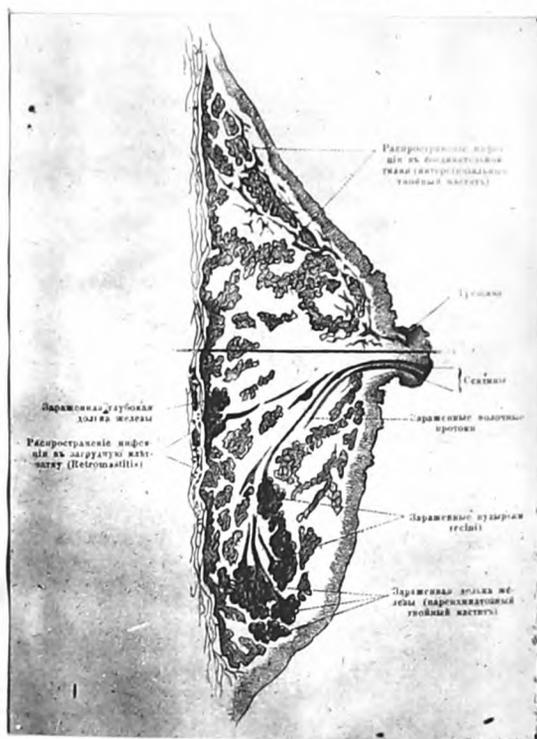


Фото №9 Распространение воспалительных процессов в грудной железе  
[по Б. 21-22. 2024]

## Г Л А В А 1 V.

### ТРЕЩИНЫ СОСКОВ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.

Как мы уже указали, большое значение в этиологии мастита придается трещинам сосков. Этому осложнению и борьбе с ним мы в своей работе отводим отдельную главу.

Частота трещин у рожениц определяется различными авторами различно: от 18,7% (Шипунова)<sup>56</sup> до 55,3% (Павлова)<sup>37</sup>. М а н г е й м на 128 маститов имел в анамнезе больных 126 случаев трещин сосков.

У наших больных с послеродовыми маститами трещины сосков отмечались в 55%.

У первородящих, особенно в первые дни кормления, они встречаются почти в 50% случаев и служат препятствием к кормлению грудью и освобождению грудной железы от молока.

Б у к <sup>16</sup> в своей книге „Мать и дитя“ пишет: „Ничтожная, едва заметная ранка, а сколько мучений она причиняла, когда одна мысль о близком кормлении ребенка вызвала у матери дрожь по всему телу!...“ Воли бывает настолько сильными, что мать отказывается от кормления грудью и переходит на искусственное вскармливание ребенка.

Д и т р и х и Ф р а н г е н г е й м различают поверхностные мало болезненные, радиально идущие трещины верхушки соска и глубокие резко болезненные, расположенные часто у основания соска.

П а в л о в а <sup>37</sup> различает трещины трех степеней: к первой степени она относит мелкие поверхностные сос-

дины и трещины, покрытые корочками или без них, расположенные на верхушке соска или радиарно.

Ко второй степени относятся более глубокие трещины, располагавшиеся у основания соска, резко болезненные.

К третьей степени относятся очень глубокие повреждения, доходящие до язвочек с обнажением *corium*.

Чаще всего трещины соснов образуются у блондинок, так как у них меньше пигмента в околососковых кружках и более нежная кожа.

В возникновении трещин значительную роль играет техника кормления и травма, вызванная этим актом.

Частое прикладывание ребенка к груди, длительные кормления, недостаточное высушивание соска после кормления — являются, по мнению *М а н г е й м а*, наиболее частой причиной мацерации соска и появления трещин. Они образуются при кормлении грудью главным образом у тех женщин, которые имеют дефекты в строении сосков.

Чем меньше развит сосок, тем чаще он повреждается. *К у ш т а л о в* считает полноценным такой сосок, который вполне приспособляется к роту ребенка без особых усилий с его стороны. Плохо прилаживаемые к роту ребенка соски служат, по его мнению, причиной его травмы и образования трещин.

*Г р у з д е в*<sup>11</sup> считает особенно предрасположенными к трещинам сильно втянутые и плохо выраженные соски, так как при них ребенок вынужден сосать "туго", в результате чего отслаивается эпидермис соска.

*А н т о н о в*<sup>1</sup> полагает, что трещины сосков свя-

заны с конституциональн<sup>ыми</sup> особенностями кожи и представляют собой одно из проявлений эксудативного диатеза.

Имеются многочисленные способы профилактики и лечения трещин сосков. Во время беременности должен быть проведен ряд профилактических мероприятий, которые обязана знать каждая готовящаяся стать матерью женщина. Эти мероприятия суть щепетильная чистота, подготовка сосков - систематическое закаливание их во время беременности и регулярное кормление ребенка после родов.

Недостаточно развитые соски уже с первых дней беременности рекомендуется подтягивать пальцами через сорочку или через какую-либо чистую ткань.

Ввиду наблюдающегося более частого поражения трещинами женщин городских по сравнению с сельскими, носящими грубое холщевое белье, С т р о г а н о в<sup>42</sup> рекомендует нашивать на внутреннюю поверхность рубашки, прилегающей к соску, грубый холст.

Е л и г у л а ш в и л и<sup>15</sup> предлагает с целью подготовки сосков к будущей их функции начинать тренировать их путем прикладывания небольших бировских банок за 10-15 дней до родов ежедневно 2-3 раза в день.

Многие авторы (Груздев, Ште<sup>к</sup>ель<sup>57</sup> и др.) предлагают закалять кожу соска, подготавливая его к будущим частым раздражениям, путем применения различных дубящих растворов - спирта, таннина, крепкого чая и пр.

С т р о г а н о в против применения спирта при подготовке сосков, так как спирт удаляет жир, выделяемый сальными железами соска, делает его более жестким и ломким, что способствует появлению трещин. Для профилактики

трещин он рекомендует ежедневно производить обтирание сосков смесью следующего состава: *Glycerini* 8,0 *Spir. vini rectificati* 100-120,0, *Aq. destillatae* 80,0 и получил резкое уменьшение заболевания сосков.

Другие, наоборот, придерживаются принципа смягчения сосков и применяют жировые вещества в виде различных мазей. С целью поднятия сопротивляемости кожи сосков и профилактики трещин многими рекомендуется задолго до родов облучение кварцевой лампой (Кушталов, Барон,<sup>3</sup> Куссовская и др.).

Однако, все эти бесчисленные и разнообразные средства, применяемые многочисленными авторами, часто противоречат друг другу, не предупреждают образования трещин и почти 1/3 родильниц подвержены этому осложнению, поэтому некоторые авторы (Павлова, Сиробанский и др.)<sup>4</sup> ставят под сомнение вопрос о необходимости подготовки сосков.

Ште<sup>К</sup>кель отмечает, что часто соски, за которыми не было никакого ухода, остаются неповрежденными, в то время как на содержащихся в безупречной чистоте сосках нередко образуются трещины.

По данным Павловой, именно у женщин, наиболее добросовестно готовящихся к кормлению различными способами и средствами, встречаются часто трещины сосков. Среди подготавливавших соски трещины наблюдались в 63,4%, среди неподготавливавших в 50,4%.

В связи с этим некоторые авторы (Дитрих, Франгенгейм, Ште<sup>К</sup>кель, Павлова) высказываются против специальной подготовки сосков, ограничиваясь лишь туалетом кипяченой водой.

Что касается лечения уже образовавшихся трещин соска, то здесь также рекомендуется огромный арсенал средств. Сюда входят все те же лекарства, применяемые с целью профилактики. Кроме того, применяются различные мази с анестезирующими средствами, обладающие свойствами дубления, прижигания, высушивания и проч., которым часто приписывается антисептическое, эпителизирующее и болеутоляющее действие.

Л я н д р е о получал хорошие результаты от смазывания трещин один раз в сутки 5% раствором *sol kalii hypermanganici* с последующим смазыванием сосков мазью следующей прописи: *Cocaini 0,3, Ac. salicylici, Ac. tannici, Bismuthi subnitrici aa 2,0, Vaselini 60,0*

В р ю к е (*Brücke*<sup>59</sup>) указывает, что нанесение мази любого состава на сосок часто предопределяет появление мастита, так как мазь размягчает и мацерирует эпителий соска и этим широко открывает ворота для внедрения инфекции. Он предлагает сухой метод лечения трещин путем припудривания свежих трещин танноформом и образования сухой корочки наподобие способа открытого лечения ожога по Б е т т м е н у . На 1200 обработанных танноформом случаев он имел один мастит и то только при распространенном фурункулезе.

Некоторые авторы получали хорошие результаты при лечении трещин кварцевой лампой (Заблудовская)<sup>17</sup>.

С о й н и к о в<sup>45</sup> отказался от каких бы то ни было медикаментозных средств и предоставляет груди и в частно-

оти соску максимальный покой в промежутках между кормлением путем применения резиновых колпачков для защиты соска от прикосновения белья.

Д у ш н и к о в <sup>30</sup> считает трещины сосков „одной из форм дистрофического происхождения“ и применяет при лечении их короткий новосаиновый блок по Вишневокому с последующим наложением на грудь повязки с бальзамом.

Вопрос о кормлении ребенка при наличии трещины остается спорным. Большинство авторов высказываются за прекращение кормления грудью (Груздев, Строганов, Склоковский<sup>43</sup>).

К у ш т а л о в рекомендует по-возможности не бросать кормления. Если же вследствие резкой болезненности приходится временно прекратить его, то для предупреждения застоя молока и с целью кормления ребенка материнским молоком он рекомендует время от времени отсасывать грудь.

Всеми этими бесчисленными средствами, предложенными для лечения трещин сосков, в большинстве случаев мы не достигаем цели и не освобождаем кормящую женщину от жестоких страданий при кормлении ребенка. Трещины сосков, подвергаясь систематической травме, являются постоянными входными воротами для инфицирования грудной железы и последующего развития мастита, поэтому мы считаем, что для лечения трещин, как и любой другой инфицированной раневой поверхности, необходимо прежде всего создать полный покой, без которого не может наступить заживления. Мы рекомендуем больной воздержаться от прикладывания ребенка к груди в течение 3-4 дней и в случаях нагрубания груди производить сцеживание молока руками. Кроме того должна быть проведена борьба с имеющейся в трещине инфекцией. С этой целью мы присыпаем

трещины соска в течение 1-2 дней сульфамидами, комбинируя с ежедневным облучением кварцевой лампой.

Уже в начале лечения наши больные отмечали значительное ослабление болей зачет созданного покоя и исчезновения воспалительных явлений. При применении приепок со стрептоцидом больная продолжает оставаться с открытым соском, и на трещине вскоре образуется сухая корочка, под которой мы в большинстве случаев уже не наблюдали скопления гноя. Спустя 3-4 дня трещина покрывалась эпителием и корочка легко спадала.

Этим способом лечения трещин сосков мы стремимся главным образом уничтожить, по выражению В у м м а, тот „оборный пункт для всякого рода бактерий“, который играет решающую роль в возникновении мастита.

Наш клинический материал в большинстве состоит из больных с уже развившимся послеродовым маститом, поступивших к нам в клинику для оперативного вмешательства.

Трещины сосков являлись этиологическим моментом в возникновении мастита и ко времени поступления в клинику мало беспокоили больных или успели уже зажить, но в случаях наличия трещин на фоне мастита этот способ лечения давал удовлетворительные результаты.

Привожу выписку из истории болезни:

Е-ная 3-на Е.Ф., 25 лет (ист. бол. № 2584) поступила

в клинику Б.У. 41г. по поводу болей в обеих грудных железах и сосках с диагнозом направляющего врача - правосторонний мастит.

Родила 23.1 третьего ребенка. Предыдущих детей кормила грудью, причем трещин на сосках не

было. Настоящие роды прошли нормально. Через неделю после выписки из родильного дома появились трещины на сосках и гнойнички в окружности. Лечилась кварцем, после чего гнойнички поджили. Неделю назад снова сильно потрескались соски. На правой грудной железе кожа резко покраснела, Т повысилась до 39,8, озноб, тошнота, рвота. После лечения кварцем, краснота стала бледнеть, но боли и Т продолжали держаться, и 6-ная направлена к клинике для стационарного лечения.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, Т-37,4. Кожа и видимые слизистые розовые. Грудные железы одинаковых размеров, мягкие, безболезненные. Кожа правой грудной железы слегка гиперемирована, на сосках обеих грудных желез трещины, покрытые гнойным налетом. Грудью не кормит из-за сильных болей в сосках. Молоко сцеживает руками. Клинический диагноз: трещины сосков, лимфад<sup>н</sup>ит.

В день поступления в клинику произведено кварцевое облучение обеих грудных желез. Трещины на сосках присыпаны стрептоцидом. Соски оставлены открытыми.

6.У. Т-норма. Малоб нет. Общее состояние хорошее. Трещины не болезненны, покрыты сухой стрептоцидной корочкой. Грудью не кормит. Молоко сцеживает, после чего на правом соске частично обнажилась трещина от корочки. Трещина присыпана стрептоцидом. Поддерживавшая грудь повязка с открытыми сосками.

8.У. Общее состояние хорошее. Грудные железы и соски безболезненны. Стрептоцидные корочки на со-

онах по краям отторгаются. Под ними молодой эпителий.

Э.У. Стрелтоцидные корочки свободно отторглись. Трещины эпителизованы. Ребенка кормит грудью безболезненно. Выписана домой.



Г Л А В А У.

КЛАССИФИКАЦИЯ МАСТИТОВ.

Попытка некоторых авторов классифицировать маститы на паренхиматозные и интерстициальные не дала положительных результатов, ибо при воспалительном процессе не всегда удастся установить степень поражения той или иной ткани.

Б у м м<sup>30</sup> подразделил маститы по путям проникновения инфекции и считает млечный путь специфическим для паренхиматозного мастита с участием стафилококка в качестве возбудителя. Лимфатический путь проникновения инфекции он считает специфическим для интерстициального мастита с участием стрептококка.

О к и н ч и ц<sup>36</sup> также различает две формы - паренхиматозную и интерстициальную.

Д и т р и х и Ф р а н г е н г е й м считают такое подразделение неудобным, так как не всегда возможно точно установить входные ворота для инфекции, кроме того известно, что инфекция может быть занесена в паренхиму и лимфатическим путем. Они находят более целесообразным классифицировать маститы по патолого-анатомической форме и различают четыре формы мастита:

1. Интраканаликулярный мастит. Само название обозначает, что возбудители воспаления проникли по ходу молочных протоков до конечных пузырьков. Периканаликулярная ткань и соединительная ткань железистых долек также вовлекаются в воспалительный процесс.

К этой группе вышеуказанные авторы относят также и застойный мастит, обусловленный тем, что при недостаточ-

ном или отсутствующем опорожнении секрета в молочных протоках наступает разложение и повывенное всасывание эмиг-рировавшими лейкоцитами, которые уносят жир в тканевые щели. В окружности скопления таких жировых масс могут возникнуть очаги грануляций с гигантскими клетками. В этом явлении рассасывания секрета они отрицают воспалительный процесс, но в застойном содержимом микробы легче находят почву для своего развития.

Основным симптомом интраканаликулярного мастита является гнойные выделения из молочных ходов (*galactophoritis purulenta*). Чистые случаи этой формы являются редкостью. Интраканаликулярный гнойный мастит может произойти также вследствие прорыва абсцесса в крупный молочный проток.

2. Инфильтрирующий и флегмонозный мастит. Здесь, по мнению Д и т р и х а и Ф р а н г е н г е й м а, на первом плане выступает участие соединительно-тканной стромы железы. При этой форме наблюдается сначала гиперемия и увеличение серозной жидкости в тканевых щелях (воспалительный отек), затем присоединяется скопление лейкоцитов вокруг сосудов и в клетчатке. Такой стадий воспалительного отека и клеточной инфильтрации может бесследно пройти, вследствие всасывания экссудата. Более тяжелую форму представляет собой флегмонозный мастит, при котором происходит гнойное расплавление тканей. В дальнейшем развитии флегмонозного процесса грудная железа оказывается пропитанной множеством мелких абсцессов, образуя следующую форму.

3. Абсцедирующий мастит. Мелкие абсцессы часто сливаются, расплавляя ткани по своей периферии, и образуют большие гнойные полости. Установить, откуда произошел абсцесс — из расплавленной железистой дольки млечного протока или из интерстициальной ткани, вовлекая железистую вторично, невозможно.

Воспалительные очаги могут располагаться в различных частях грудной железы. Самым благоприятным является распространение расплавления в сторону кожи и прорыв гноя наружу, после чего может наступить излечение. Распространение нагноения к основанию железы ведет к эпифасциальному ретромаммарному абсцессу, а дальнейший прорыв фасции может вызвать флегмону грудной стенки. Наконец, проникание гноя через межреберья вызовет эмпиему. Прорыв инфекции в общий ток крови может вызвать сепсис с метастатическими абсцессами или без них.

4. Некротизирующий гангренозный мастит. Основой этой формы является нарушение питания ткани грудной железы либо вследствие тромбоза больших сосудов, либо от стаза в мелких сосудах, вследствие резкого инфекционно-токсического поражения. Здесь преобладает распад тканей, который быстро захватывает большие части тела железы, переходит на кожу и ведет к демаркации и отторжению груди по частям с последующим рубцеванием.

Ф а й н е н ( *Feinen* ), К ю т т н е р ( *Rüttner* ) также различают четыре формы мастита, причем Ф а й н е н первую из 4-х форм называет совсем свежим воспалением или начальной формой, которая ликвидируется после создания покоя на 2-4 день заболевания.

К а у ф м а н (*Kaufmann*<sup>64</sup>) различает простые паренхиматозные маститы (застойные) и инфекционные маститы. Первые зависят от задержки молока в грудной железе. Застой молока может сопровождаться подъемом температуры (молочная лихорадка). Так как застой благоприятствует инфекции, то при этих простых маститах могут иметь место вторичные нагноения. Застой молока сам по себе вызвать этого не может. Инфекционный мастит он подразделяет на паренхиматозный и интерстициальный.

При паренхиматозном инфекционном мастите грудная железа, как правило, заболевает во время лактации. Возбудителями часто являются стафилококки. Они проникают в железу через сосок по млечным путям (*galactophoritis*) и, размножаясь до конечных пузырьков, разрушают эпителий и вызывают эмиграцию лейкоцитов. Таким образом возникает вначале дольковое воспаление величиною с орех чаще всего в нижне-наружном квадранте железы, а затем может наступить диффузный процесс, при котором грудная железа становится плотной и увеличивается в объеме. Этот воспалительный процесс обычно заканчивается образованием абсцесса.

Интерстициальный инфекционный мастит (флегмона грудной железы) чаще всего вызывается стрептококком, который проникает вглубь железы через сосок по лимфатическим путям, распространяясь вдоль млечных ходов в интерстициальных тканях, вызывая инфильтрацию и воспалительный отек. Железистая ткань может инфицироваться вторично. Воспалительный процесс интерстициальной ткани ведет к болезненности, покраснению и диффузному опуханию всей грудной железы. Возникают абсцессы, в гное которых имеется нередко примесь некротических тканей.

Походом интерстициального мастита может быть: 1) спонтанная перфорация гнойника через кожу наружу и излечение рубцеванием, 2) перфорация внутрь в один из молочных ходов и гной может выйти через сосок или перфорация внутрь в клетчатку за грудную железу в ретромаммарное пространство, 3) хронический мастит с образованием свищей и 4) очень редко сепсисе.

При хроническом мастите наблюдается уплотнение, которое состоит из небольших свежих инфильтратов и кистозно расширенных молочных ходов (*Mastitis chronica cystica*). В дальнейшем увеличивается часть железы или же диффузно вся железа, причем консистенция ее не одинакова, что имеет значение при дифференциальном диагнозе с раком. Грудная железа может также частично или полностью сморщиваться (*cyrrhosis mammae*).

А н о ф ф (*Aschoff*<sup>58</sup>) все воспалительные процессы грудной железы подразделяет на: 1) воспаление соска (*Thelitis*), окружности его (*Areolitis*) и 2) воспаление самой грудной железы, где различает: а) *galactophoritis purul.* в) *mastitis apostematosa* и о) *mastitis phlegmonosa*

Особой формой мастита он считает ретенционный (застойный) мастит, который обусловлен „хроническим раздражением в результате медленного опорожнения в железистых путях секрета молочной железы при усиленном проникновении фагоцитов с целью поглощения жировых капель молока“. При полной резорбции секрета исчезает также мастит. Однако, застойный секрет, по мнению Ашофа, может дать повод к экзогенной инфекции и из застойного мастита может образо-

ваться инфекционный мастит.

Д у ш н и к о в классифицирует мастит по форме воспаления, различая застойную, серозную и гнойную формы. По распространенности процесса он различает паренхиматозный и интерстициальный мастит.

Мы придерживаемся классификация Д и т р и х и Ф р а н г е й м а о незначительными изменениями и считаем приемлемыми следующие 4 формы:

1. Начальная форма:
- а) интраканаликулярный серозный мастит,
  - б) лимфангоит грудной железы.

Больные с этой формой мастита наблюдались нами в клинике в 8 случаях. В большинстве эта форма наблюдается в акушерских клиниках и там же чаще всего при соответствующем лечении процесс нередко ликвидируется или же переходит в другую форму.

- II. Абсцедирующая форма мастита:
- а) интраканаликулярный гнойный мастит (галактофорит),
  - б) абсцесс грудной железы:
    - 1) антесаммарный,
    - 2) интрамаммарный,
    - 3) ретроммаммарный.

Эта встречающаяся наиболее часто форма наблюдалась нами в 117 случаях - 76%, из них антесаммарная локализация была в 33 случаях - 22,5%, интрамаммарная в 71 случае - 48% и ретроммаммарная в 13 случаях - 7,7%. Чисто ретроммаммарная локализация встречалась редко. Чаще она наблюдалась в результате прорыва гнойника из самой грудной железы в ретроммаммарную клетчатку, сообщаясь с основным очагом в железе узким ходом. Интраканаликулярный гнойный мастит не-

редко встречается в комбинации с другими формами.

В. Флегмона грудной  
железы (интерсти-  
циальная или па-  
ренхиматозная  
форма).

а) панмастит,  
б) карбункул грудной железы.

Эта наиболее тяжелая форма наблюдалась нами в 34 случаях - 16%. Воспалительный процесс локализовался наиболее часто в наружной половине грудной железы, особенно в нижне-наружном квадранте. В 6 случаях процесс занимал половину железы, в 3-х случаях - 3/4 железы и в 2-х случаях процесс занимал всю железу - панмастит. В некоторых случаях часть железы поражена была множеством мельчайших гнойничков, как бы нафаршированных ими и напоминала карбункул.

#### 1У. Гангренозный мастит.

Эта наиболее тяжелая форма встречается очень редко. В нашем материале мы наблюдали только один случай. (См. историю болезни № 994, стр. 84). Судя по литературным данным (Файнен, Клионский, Гаск<sup>9</sup>), эта форма крайне опасна в отношении общей гнилостной инфекции и требует срочных вмешательств, вплоть до ампутации грудной железы.

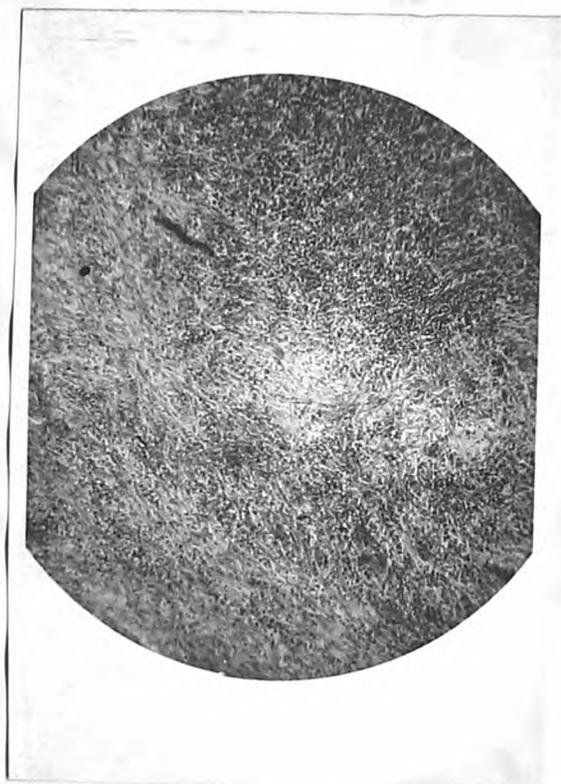
## ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Материалом для гистологического исследования служили препараты, полученные при операциях по способу Барденгейера с иссечением воспалительного инфильтрата в пределах здоровых тканей. Нами было гистологически исследовано 10 случаев мастита.

Методика гистологического исследования заключалась в следующем: кусочки фиксировались в 10% растворе формалина и спиртах восходящей крепости. Заливка - целлоидин, окраска гематооксилин - эозин; Ван-Гизон.

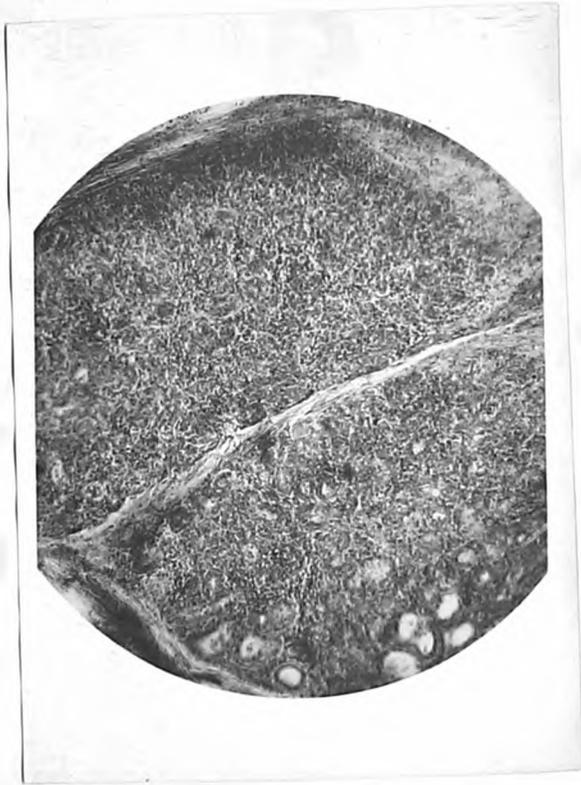
Приводим протоколы гистологических исследований:

ПРЕПАРАТ № 1 из ткани грудной железы больной Вет-вой (микрофото № 1, стр. 38). Ткань, обращенная в просвет гнойника, представляет собой пиогенную капсулу, состоящую из нежной соединительной ткани, инфильтрированной большим количеством полинуклеарных лейкоцитов. Междольчатая соединительная ткань повсюду инфильтрирована в разной степени ретикулоидными клетками, лимфоцитами и полинуклеарными элементами. Количество последних уменьшается по мере удаления от пиогенной капсулы. Железистая часть повсюду изменена в равной степени. Альвеолы некоторых железистых долек сдавлены инфильтратом и несколько атрофированы. В просвете альвеол попадаются олушенные вакуолизированные эпителиальные клетки и в разных количествах полинуклеары. В других железистых дольках воспалительный процесс резко выражен и доводит отдельные альвеолы до полного опадания их. (Микрофото № 2, стр. 39). Отдельные железистые дольки находятся в состоянии полной атрофии. Изредка попадаются мало измененные альвеолы железистых долек вдали от пиогенной капсулы. Однако, в некоторых просветах попадаются и здесь местами отдельные полинуклеары. В венозных сосудах междольчатой соединительной ткани встречаются тромбы с большим количеством полинуклеарных лейкоцитов (микрофото № 3, стр. 40). В просветах выводных протоков железы - то больше, то меньше полинуклеаров и олушенных эпителиальных элементов.



Микрофото №1

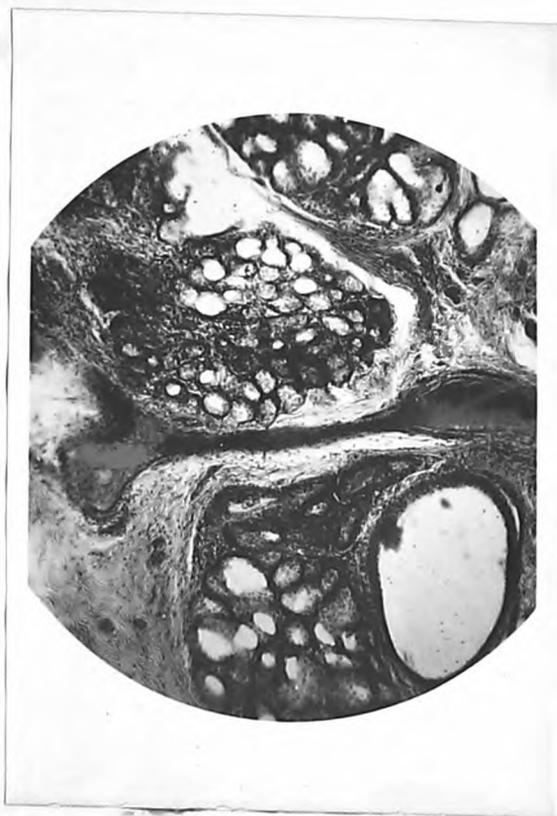
Плюгенная капсула. Соединительная  
ткань инфильтрирована полинукле-  
арными лейкоцитами / Мал. увеличен. /



*Микрофото №2*

*Резко выраженная инфильтрация  
полинуклеарными лейкоцитами  
железистой ткани. Железистая  
ткань атрофирована. Кое-где  
сохранились небольшие участки  
ее, окруженные полинуклеарами.*

*/ Мал. увелич. /*



Микрофото №3

Ретикулярный тромбоз флебит.

В междольчатой соединительной ткани  
видна продольно перерезанная вена с лей-  
коцитарным тромбом. [Мал. увелич.]

В ы в о д . х )

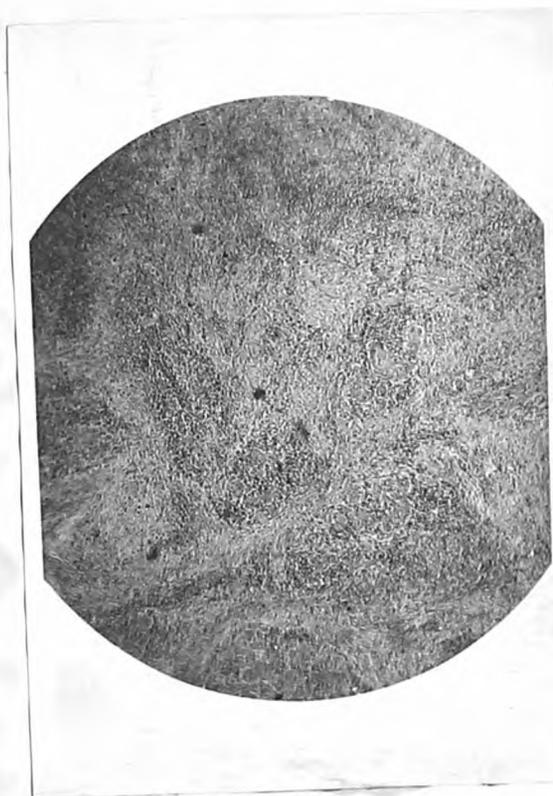
В приведенном случае мы имели лактационный мастит , наступивший через месяц после родов, где входными воротами для инфекции являлись трещины сосков. Гнойный воспалительный процесс распространялся по междольчатой соединительной ткани, интраканаликулярно (альвеолярными ходами) и гематогенно. Случай должен быть оценен, как острый септический абсцедирующий мастит и относится ко II-й форме мастита - абсцессу с интрамаммарной локализацией гнойника. Произведено иссечение гнойника в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение гладкое с количеством койко-дней 8. См. ист. болезни № 7338, стр. 182

ПРЕПАРАТ № 2 из ткани грудной железы больной Мал-ич (микрофото № 4 стр. 42 ). Пиогенная капсула обширная, состоит из отдельных нежных соединительно-тканых элементов, густо инфильтрированных полинуклеарными лейкоцитами. Междольчатая ткань вокруг пиогенной капсулы резко инфильтрирована полинуклеарами, количество которых <sup>(Кнаружи)</sup> постепенно сходит на нет. В альвеолах некоторых железистых долек видны слущенные эпителиальные элементы и отдельные полинуклеары. В выводных протоках попадаются единичные полинуклеары. Сосуды каких-либо особенностей не имеют.

В ы в о д .

Приведенный случай иллюстрирует изолированный гнойник с распространением гнойного процесса интраканаликулярно. Инфекция проникла по лимфатическим путям через трещины сосков. (II-ая форма мастита - абсцесс с интрамаммарной локализацией, прорвавшийся в молочные ходы). Очаг ликвид-

х) Выводы делаются на основании клинических данных и патологоанатомических изменений.



Микрофото №4

Пиогенная капсула. Нежные  
соединительно тканые элементы  
инфильтрированы полинуклеарны-  
ми лейкоцитами. / мал.увелич./

рован путем иссечения его в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение гладкое. койко-дней 10. Все время кормит больной грудью. Полное выздоровление и заживление раны через 16 дней после операции. См. ист. бол. № 7297, стр. 151

ПРЕПАРАТ № 3 из ткани грудной железы 6-ной Чер-вой (микрофото № 5 и 6 стр. 44, 45). Почти все железистые долики охвачены гнойным воспалительным процессом. Альвеолы содержат много полинуклеаров, местами со слущенным эпителием. Некоторые альвеолы и альвеолярные ходы сплошь заняты полинуклеарами, а местами ими набиты целые долики, образуя гнойники, по своим размерам соответствующие величине пораженной долики. Такие гнойники разбросаны по всей ткани. Гнойный воспалительный процесс местами переходит из окружающей ткани на стенку кровеносных сосудов, давая гнойные васкулиты с последующими тромбами различного характера (красные, белые, лейкоцитарные). Сецернирующие эпителиальные элементы в сильно пораженных доляках (альвеолах) находятся в состоянии резкой дегенерации (дегенеративное ожирение). Межуточная ткань вся диффузно то более, то менее инфильтрирована полинуклеарами. Среди пораженной ткани встречаются отдельные железистые долики, не пораженные, со свободными просветами и не измененным сецернирующим эпителием альвеол.

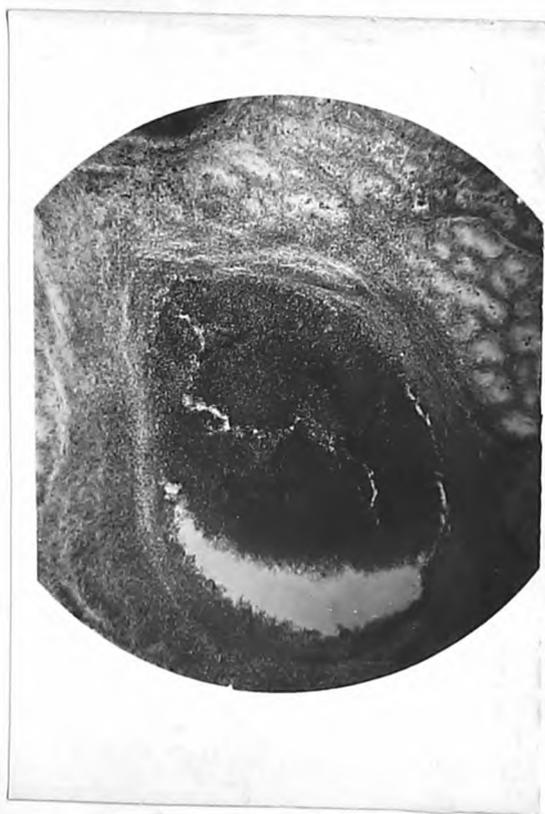
#### В ы в о д.

Здесь мы имеем тяжелый острый гнойный мастит с множественными гнойниками в железистых доляках и интерстициальной ткани (III-я флегмонозная форма - паренхиматозный



Микрофото №5

Мелкие гнойники в соединительной  
ткани [ мал. увелич. ]



Микрофото №6.  
Эноидник в железистой ткани  
/ Мал. увелич. /

и интерстициальный мастит) с множественными тромбоваску-  
литами. Больная, кормящая мать, заболела через три месяца  
после родов. Входными воротами для инфекции были, по види-  
мому, свищозные расчесы на груди. Оперативное лечение -  
иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей. койко-  
дней 10. Больная не прерывала кормление больной грудью.  
См. ист. бол. № 2544, стр. 185.

ПРЕПАРАТ № 4 из ткани грудной железы больной Б-х  
(микрофото № 7 стр. 47). Пиогенная капсула, резко ограни-  
ченная от окружающих тканей, довольно широка. Посреди лим-  
фоидной, ретикулярной и эпителиоидной ткани повсюду попа-  
даются полинуклеары в сравнительно небольшом количестве.  
Вокруг видны кистообразные железистые ходы и полости.

#### В ы в о д.

Абсцесс с пиогенной капсулой с интрамаммарной лока-  
лизацией на фоне хронического кистозного мастита.

В анамнезе этой больной имеется перенесенный грипп  
и ангина, а затем трещины сосков. В результате прорыва  
гнойника в млечные пути мы имели выделения из соска в зна-  
чительном количестве серовато-желтого гноя. Иссечение ин-  
фильтрата в пределах здоровых тканей дало гладкое после-  
операционное течение. См. ист. бол. № 223, стр. 196

ПРЕПАРАТ № 5 из ткани грудной железы б-ной Гр-н (мик-  
рофото № 8, стр. 48). Пиогенная капсула - прослойки соеди-  
нительной ткани инфильтрированы полинуклеарами в большом  
количестве и отдельными лимфоидными и ретикулоидными эле-  
ментами. Гнойный воспалительный процесс охватил большую  
часть железистых долек. В альвеолах некоторых из них со-  
держится большое количество гнойных элементов. По мере



Микрофото №7.

Посреди лимфоидной ретикулярной  
и эпителиоидной ткани попадают  
в небольшом количестве полинуклеары.

/ Мал.увелич./



Микрофото № 8

Пиогенная капсула. Прокладки  
соединительной ткани инфильтри-  
рованы полинуклеарами [Мал. увелич.]

удаления от пиогенной капсулы количество гнойных элементов в альвеолах встречается меньше, доходя в некоторых до единичных полинуклеаров в альвеолах и альвеолярных ходах. Межтучная ткань редко инфильтрирована полинуклеарами. Вокруг стенок некоторых кровеносных сосудов видны инфильтраты с гнойными элементами, переходящие и на стенку сосудов с последующими лейкоцитарными тромбами.

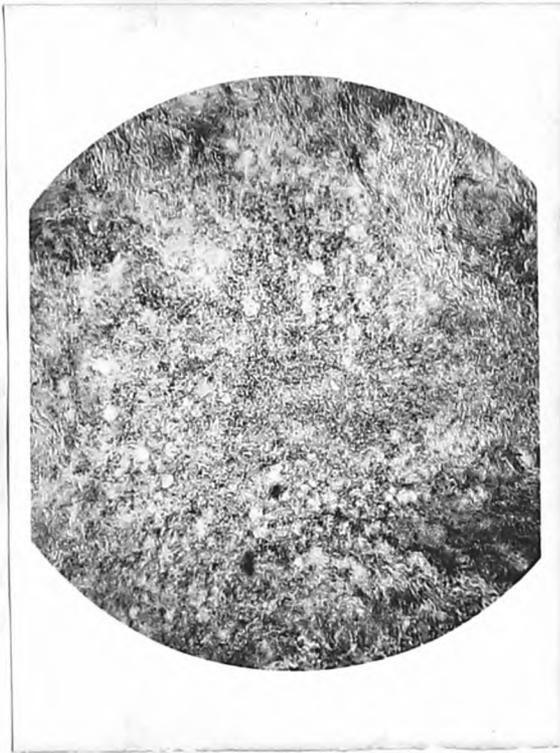
Отдельные альвеолы и альвеолярные ходы содержат слущенный эпителий, находящийся в состоянии дегенерации (вакуолизация).

#### В ы в о д.

Острый гнойный мастит с пиогенной капсулой, гнойные васкулиты и периваскулиты с лейкоцитарными тромбами. Интраканаликулярное и гематогенное распространение. Образование септических тромбов показывает, что процесс имел тенденцию к генерализации.

Данный случай должен быть отнесен ко II-ой форме мастита с интрамаммарной локализацией абсцесса с наклоном к гематогенной септической генерализации. Входными воротами для инфекции были образовавшиеся на 3-й день после родов трещины сосков. Иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей дало гладкое послеоперационное течение; кормление больной грудью не прекращалось. Койко-дней 7. См.ист.бол. № 2308, стр. 154

ПРЕПАРАТ № 6 из ткани грудной железы 6-ной Шем-ной (микрофото № 9, стр. 50). Пиогенная капсула небольшая, нежная волокнистая ткань инфильтрирована гнойными элементами. В окружении капсулы широкий пояс с лимфоидными, ретикулоидными элементами с небольшой инфильтрацией полинуклеаров.



Макрофото №9

Тубогенная капсула. Нежная волокнистая  
ткань инфильтрирована гнойными элемен-  
тами / Мал.увелич./

Просветы отдельных выводных протоков заполнены лейкоцитами и олушенным эпителием. Железистые дольки сдавлены. В альвеолах отдельные лейкоциты и олушенные эпителиальные клетки.

#### В ы в о д.

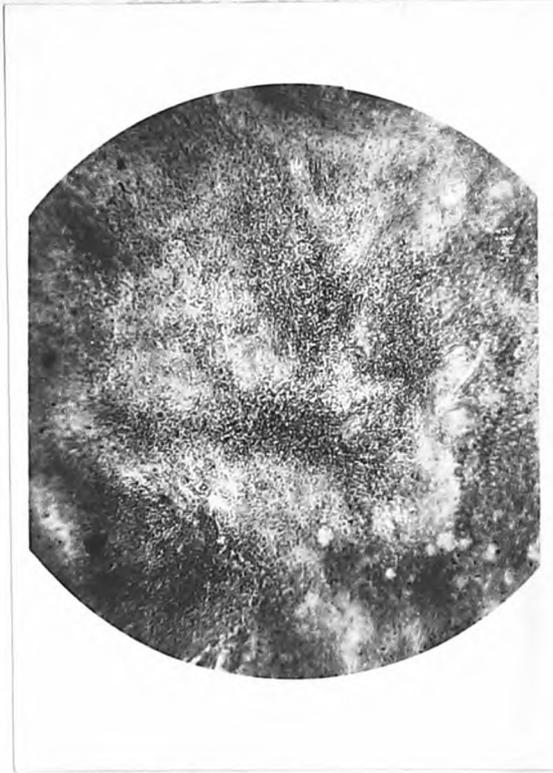
В данном случае мы имеем II-ую форму мастита с интрамаммарной локализацией. Во время иссечения инфильтрата обнаружено несколько полостей, стенки которых представляли инфильтрат, содержащий местами мелкие гнойные полости и ходы. Гистологически мы имели гнойный инфильтрированный процесс с демаркацией.

Мастит развился после прекращения кормления, ввиду смерти ребенка. После безэффективного лечения флагом произведено иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей с гладким послеоперационным течением. Койко-дней 16. См. ист.бол. № 2412, стр. 162

ПРЕПАРАТ № 7 из ткани грудной железы 6-ной Мал-ской (микрофото № 10, стр. 52). Пиогенная капсула состоит из соединительно-тканых элементов, сильно инфильтрированных полинуклеарами, местами образует как-бы гнойные полости. Посреди них встречаются отдельные лимфоидные ретикулоидные клетки. Железистая ткань находится в состоянии резкого сдавления и атрофии гнойными элементами. В отдельных венозных сосудах имеются тромбы с гиперлейкоцитозом.

#### В ы в о д.

Мы здесь имеем пиогенную капсулу с ограниченным гнойным процессом и гиперлейкоцитозом, - II-ая форма, абсцедирующая с интрамаммарной локализацией процесса. В данном случае выявить входные ворота для инфекции не уда-



Микрофото №10

Пиогенная капсула. Соединительно-  
тканые элементы инфильтрированы  
полисахаридами. [Мал. увелич.]

лось. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение гладкое. Койко-дней 9. См.ист.бол. № 7250, стр. 159

ПРЕПАРАТ № 8 из ткани грудной железы б-ной Каз-вой (микрфото № 11, стр.54). Вся ткань резко инфильтрирована полинуклеарными лейкоцитами, те в виде небольших инфильтратов, те в виде абсцедирующих и флегмонозных участков. В просветах альвеол много полинуклеарных лейкоцитов равно и во внутридольчатых прослойках. Некоторые альвеолы сильно сдавлены и атрофированы. В сосудах много лейкоцитарных тромбов.

#### В ы в о д.

Данный случай представляет флегмонозный процесс с гематогенным интраканаликулярным распространением и должен быть отнесен к II-ей форме мастита. В результате гнойного расплавления значительной части железы, последняя представляла из себя большой мешок, наполненный гноем. Небольшим кожным разрезом предварительно опорожнена полость отгноя, после чего произведено иссечение инфильтрата, пропитанного гноем, как губка. Послеоперационное течение гладкое. На 4-й день после операции ходит. Несмотря на наличие молока, кормить больной грудью отказывается. Койко-дней 12. См.ист.бол.№ 7115, стр. 168

ПРЕПАРАТ № 9 из ткани грудной железы б-ной Уст-вой (микрфото № 12, стр.55). Ткань резко инфильтрирована полинуклеарными лейкоцитами местами по типу флегмонозного воспаления. В некоторых железистых дольках полинуклеарные лейкоциты резко сдавливают альвеолы, находящиеся в состоя-



Микрофото XII

В просветах альвеол и во внутри-  
дольчатых прослойках много поли-  
нуклеаров. [Мал. увелич.]



Микрофото №12

Ткань резко инфильтрирована  
полинуклеарными лейкоцитами  
по типу флегмонозного воспаления.

/маг.увелич./

нии атрофии, местами же гнойные элементы как-бы занимают атрофированные альвеолы. В выводных протоках большое количество гнойных элементов в виде пластов. В сосудах гиперлейкоцитоз.

### В ы в о д.

Флегмонозная инфильтрация ткани с интраканаликулярным распространением процесса и гиперлейкоцитозом - II-я форма интраканаликулярного мастита в комбинации с III-ей формой - флегмоной железы, с интра и ретромаммарной локализацией и склонностью к местному прогрессированию процесса.

Обширный воспалительный инфильтрат занимал большую часть грудной железы, прорвавшись в ретромаммарное пространство. Уперативное вмешательство здесь было проведено способом радиарных разрезов с иссечением воспалительно измененной ткани. Последняя была нафарширована гноем и напоминала губку, из которой при надавливании сочился густой гной. В послеоперационном периоде мы вынуждены были повторно вмешаться в виду задержки гноя и некротизированной клетчатки в ретромаммарном пространстве. Койко-дней 38. См.ист.бол.№ 2640, стр. 77

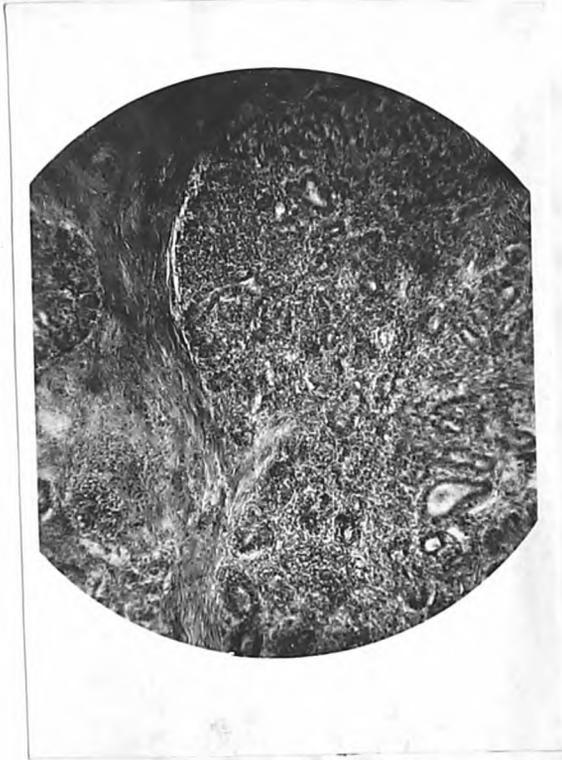
ПРЕПАРАТ № 10 из ткани грудной железы б-ной Кас-нен (микрофото № 13, стр.57). Одни железистые дольки находятся в состоянии хронического воспаления с обострением; альвеолы содержат слущенный эпителий и отдельные полинуклеары. Поближе к операционному полю ткань грудной железы все больше инфильтрируется полинуклеарными лейкоцитами (микрофото № 14, стр.58), образуя в конце концов пиогенную капсулу из большого количества густо расположенных



Микрофото №13

Железистые альвеолы содержат  
столбчатый эпителий и полинуклеары.

/ мал. увелич. /



Микрофото №14.

Железистая ткань инфильтрирована  
гнойными элементами / Мал. увелич. /

полинуклеаров местами в виде отдельных гнойников. Попадают обширные участки некрозов. Вдали видны соединительно-тканые прослойки, сдавливающие железистые дольки. Соединительная ткань местами гиалинового вида.

### В ы в о д.

Острейшая гнойно-гангренозная форма на фоне хронического мастита. Клинически случай относится к IV-й форме мастита с сравнительно легким течением. См. ист. бол. № 994 стр. 84

Изучение гистологического материала вышеуказанных 10 случаев показывает, что в 7-ми из них имел место диффузный гнойный инфильтрированный процесс местами с флегмонозным оттенком и септическими тромбами с тенденцией к генерализации, и в 3-х случаях гнойный процесс имел тенденцию к ограничению.

Таким образом на основании наших клинических данных и гистологического материала подтверждается концепция Войно-Ясенецкого<sup>6</sup> о слабой способности ткани грудной железы к ограничению воспалительного процесса и подкрепляется принятая нами классификация Дитрих и Франгенгейма.



## Г Л А В А У I.

### КЛИНИКА МАСТИТОВ.

Клиническое течение зависит от формы мастита, локализации процесса, качества и вирулентности внедрившихся микроорганизмов и от степени сопротивления организма.

Заболевание в большинстве случаев начинается с озноба и лихорадки. Температура достигает высоких цифр, до 40° и выше; больная жалуется на боли и чувство напряжения в груди, головную боль, общую слабость, отсутствие аппетита, бессоницу. Особенно боли становятся нестерпимыми во время кормления, вследствие чего больная перестает кормить ребенка грудью. В результате застоя молока грудь становится твердой, еще более напряженной и чрезвычайно чувствительной к давлению. Сосок при этом вытягивается, так как удерживается выводными протоками желез.

Инфекция, проникающая в грудную железу через трещину соска, распространяется по поверхностным и глубоким лимфатическим путям. Если инфекция распространяется по поверхностным лимфатическим путям, то развивается картина лимфаденита, где на фоне легкой гиперемии отмечаются красные полосы, идущие в разные стороны, особенно в подкрыльцовую впадину к увеличенным и болезненным лимфатическим железам. При этой начальной форме мастита инфекция может также распространиться по лимфатическим путям вокруг млечных ходов, вызывая воспалительное набухание и сужение выводных протоков желез и задержку молока — интраканаликулярный серозный мастит. Грудная железа набухает, резко болезненна при прикосновении, кожа напряжена, краснеет, слег-

на гиперемирована, кожные вены расширены, T повышена. Больную беспокоят тупые боли и чувство напряжения в груди.

Такой процесс может при систематическом регулярном кормлении и соответствующем лечении в течение 1-2 дней ликвидироваться.

Для иллюстрации такой начальной формы приведу краткую выписку из истории болезни.

1. Б-ная Т-ва Т.И. 27 лет (ист. бол. № 10195) поступила в клинику 27.1X.39г. с жалобами на боли в левой грудной железе и высокую T°. Заболела три дня назад, спустя 11 дней после нормальных родов. На соске левой грудной железы образовалась небольшая болезненная трещина. На другой день появились боли и чувство напряжения в левой грудной железе. Был озноб, повысилась T° до 39,5. Боли в левой подмышечной области. Ребенка кормит грудью.

ОБЪЕКТИВНО. Больная средней упитанности. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа увеличена, нагрубла. В верхнем надсосковом отделе на фоне напряженной и болезненной железы отмечается легкая гиперемия кожи с красными полосами, направляющимися в подмышечную впадину. Подмышечные лимфатические железы увеличены и болезненны. На верхушке верхней половины соска имеется небольшая трещина.

Б-ной назначен согревающий компресс, со-

люкс, внутрь стрептоцид по 0,3 - 5 раз в день и поддерживающая грудь повязка.

На второй день  $T^0$  снизилась до нормы, на третий день красные полосы побледнели, грудная железа мягче, менее напряжена, ребенка кормит грудь.

1.Х больная выписалась домой в хорошем состоянии.

В дальнейшем при проникновении возбудителя инфекции в молоко (Билльрот) или в результате прорыва периканаликулярного гнойника в млечный ход или вследствие проникновения процесса воспаления непосредственно в млечный ход по лимфатическим путям (Мангейм) может развиться картина интраканаликулярного гнойного мастита - галактофорита, характеризующегося выделением из соска молока, смешанного с гноем.

Если при этом заинтересована одна доля, то заболевание со стороны кожи проявляется только тестовидным припуханием, в глубине же имеется диффузное затверждение. Флюктуация не определяется, так как вследствие радиарного порядка канальцев железы и лимфатических путей воспалительный очаг имеет широкое основание на периферии и постепенно суживается к соску (Файнен). Такая картина наблюдается, когда еще нет значительного расплавления интерстициальной ткани. Чистые случаи интраканаликулярного гнойного мастита являются редкостью. Обыкновенно он сопутствует другой форме мастита.

Привожу выписку из истории болезни, иллюстрирующей прорыв гноя из глубоко расположенного гнойника в млечный

ход.

2. Б-ная Г-ва А.И. 25 лет (ист.бол.№ 2096) поступила в клинику 7.IV.41г. с жалобами на боли в правой грудной железе, высокую  $T^0$ .

Больная - кормящая мать. Месяц назад родила четвертого по счету ребенка. Предыдущих детей кормила грудью. На обеих сосках были трещины. Грудницы не было.

Заболела два дня назад. Вечером повысилась  $T$  до  $39^0$ , был озноб, появились рвущие боли в правой грудной железе, особенно в нижне-наружном квадранте, где заметила затверждение. В последующие дни боли продолжали беспокоить б-ную,  $T$  держалась высокой, затверждение оставалось без перемен.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

В толще правой грудной железы позади соска непосредственно в его окружности и также в нижней половине грудной железы прощупывается инфильтрат с гиперемией кожи над ним, слегка болезненный. На соске мелкие гнойные корочки.

Б-ной назначены рентгенотерапия и согревающий компресс на грудную железу.

В последующие два дня температура снизилась до нормы. Самочувствие улучшилось. Инфильтрат уменьшился, мало болезнен, красноты нет.

Гемограмма от 8.1У: Нв -63%, эрит.4.100.000, лейкоц.14.200, эоз.1, палоч.13,5, сегм.63,5, лимфоц.20,5, моноц.1,5, РОЭ-30 мм за час.

10.1У вечером был озноб, Т повысилась до 39,8. Инфильтрат без изменений.

11.1У. Т снизилась до нормы. Состояние хорошее. Инфильтрат болезнен, уменьшился. Из соска появились гнойные выделения, при бактериологическом исследовании которых обнаружен стафилококк.

После четырех сеансов рентгенотерапии инфильтрат почти рассосался. Т -норма. При сцеживании из соска выделяется чистое молоко, изредка из млечных протоков нижней половины грудной железы выделяется капля желтого молока с примесью гноя.

16.1У -выписана домой в хорошем состоянии. Из соска выделяется чистое молоко.

В зависимости от проникновения инфекции в грудную железу по поверхностным или глубоким лимфатическим путям могут образоваться единичные или множественные, расположенные в различных отделах железы, болезненные уплотнения, в которых вскоре происходит гнойное расплавление.

При расположении уплотнения в преаммарной клетчатке больная жалуется на боли, повышенную Т<sup>0</sup>. Подмышечные лимфатические железы больной стороны увеличены и болезненны. Кожа над уплотнением становится отечной, гиперемированной и блестящей. Вскоре наступает размягчение и определяется

флюктуация. Гнойный очаг распространяется к поверхности кожи, но нередко в процессе вовлекаются также поверхностные дольки железы. *См. фото № 10, стр. 67.*

Если своевременно не было произведено хирургическое вмешательство, то гной прорывается самостоятельно наружу через одно или несколько отверстий, после чего T<sup>0</sup> падает и наступает улучшение состояния больной.

Привожу выписку из истории болезни б-ной с абсцессом премаммарной локализации.

3. Б-ная Мон-ва М.И. 19 лет (ист. бол. № 4008) поступила в клинику 26.VII.42г. с жалобами на боли в левой грудной железе.

Две недели назад появилась осадина на соске и дня через два небольшое, постепенно увеличивающееся болезненное уплотнение в нижне-наружном квадранте левой грудной железы. Грудная железа увеличилась в размерах, набухла, T повысилась. Б-ная не замужем и не рожала.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа увеличена и напряжена. Сосок сильно втянут и расположен несколько выше правого. Нижне-наружный квадрант выпячивается. Кожа гиперемизована, отечна, блестяща. В центре выпячивающегося участка определяется ясная флюктуация, кожа здесь истончена, околососковый кружок также отечен и гиперемизован. На соске видимых нарушений целостности эпидермиса не имеется. В левой подмышечной впадине увеличенные болезненные лимфатические железы.

27.VII операция. Под эфирным наркозом произведен радиарный разрез, проходящий через верши-

ну выпячивания. Вскрыта поверхностная полость, из которой выделилось значительное количество зелено-вато-желтого гноя. Полость обследована пальцем, затеков не обнаружено. Введены сухие тампоны. Поддерживающая грудь повязка.

Послеоперационное течение гладкое с нормальной Т<sup>о</sup> и выполняющейся здоровыми грануляциями раной.

1. IX. Выписана на амбулаторное лечение.

В результате проникновения инфекции в грудную железу по глубоким лимфатическим путям возникает интерстициальная форма мастита. Здесь на протяжении целого участка железы имеет место диффузная инфильтрация и экссудативное воспаление в соединительной ткани, которое затем *per continuitatem* переходит на отдельные железки и ведет к расплавлению одной или нескольких железистых долек, образуя сливающиеся между собой интрамаммарные абсцессы. Таким образом в толще железистой ткани развивается флегмонозное воспаление - III-я форма мастита. *См. фото №13, стр. 69<sup>о</sup>*

Клиническая картина при этом протекает значительно тяжелее. Процесс начинается с недомогания, озноба, высокой Т и прощупываемого болезненного уплотнения в толще грудной железы, которое под влиянием согревающих компрессов может уменьшиться. Пока грудью больная продолжает кормить, отделы, не захваченные воспалением, остаются мягкими, но как только ребенок отнимается от груди, вся грудь вследствие застоя молока становится твердой и чрезвычайно чувствительной к давлению. Подмышечные лимфатические железы редко бывает увеличены, так как инфекция задерживается в лимфатических путях самой железы. В даль-



Фото 10 Правосторонний гнойный мастит. Спайник из железы прорвался в анте-маллярную клетчатку. Фото 11 Та же б-ая, оперированная радиарным разрезом



Фото 12 Правосторонний гнойный мастит. Антра.ма.м.марное расположение очага с тенденцией распространения его в глубину.

нейшем уплотнение становится еще более болезненным, увеличивается, приближаясь к поверхности железы. Кожа над ним становится отечной, блестящей, гиперемированной. Скоро наступает размягчение и определяется флюктуация. Если своевременно не было произведено хирургическое вмешательство и больная длительно подвергалась консервативному лечению, то гной, как правило, прорывается наружу через одно или несколько отверстий.

Однако, такой самостоятельный прорыв гноя не всегда ведет к излечению, так как отток, вследствие частого поражения при этом нескольких долек, имеющих сообщавшиеся между собой абсцессы, недостаточен и гной задерживается, распространяясь также и в глубину железы. Если при этом разрушаются молочные протоки, то к отделяемому свищей примешивается молоко, придающее гною специфический кислый запах.

Привожу выписки из истории болезни.

4. Б-ная Син-на М.А. 25л. (ист. бол. № 1458) поступила в клинику 8.И.41г. по поводу болей в правой грудной железе, выделений гноя из свища и повышенной Т.

Заболела три недели назад. Появилось маленькое болезненное затверждение в правой подмышечной впадине и повысилась Т. На другой день начались сильные боли в правой грудной железе и появилось затверждение в наружной половине грудной железы, которое быстро увеличивалось. Вся грудная железа припухла. Кожа над затверждением покраснела. Через неделю в верхней части грудной железы прорвался

гною через 3 свищевых отверстия. Выделилось очень много гноя, после чего стало значительно легче и отверстия быстро закрылись, но через два дня снова начались сильные боли, грудь распухла и Б.Ш. вновь прорвался гной в наружной половине грудной железы. Б-ная получила облегчение, но боли все же беспокоили ее. Заболевание началось без видимых причин. Б-ная грудью не кормит, не беременна. Не было ни осадин, ни трещин, ни гнойничков. Было двое нормальных родов, последние 5 лет назад. При кормлении маститом не болела. ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной и брюшной полости отклонений от нормы не представляют.

Правая грудная железа больше левой, кожа несколько лоснится, гиперемии нет. Кнутри и несколько кверху от соска имеется свищ с гнойными выделениями. В толще грудной железы имеется плотный мало болезненный инфильтрат. При опупывании его из свища течет гной.

10.Ш операция. Местная анестезия  $\frac{1}{2}\%$  раствором новокаина по Вишневскому и инфильтрация толщи кожи по ходу будущих радиарных разрезов в наружной и внутренней части железы на <sup>2</sup>границе между верхним и нижним квадрантом. Произведено два радиарных разреза от околососкового кружка к периферии железы длиной в 6-8 см. Вскрыта полость, со-



Фото №13 Правосторонний гнойный мастит  
/флегмона железы/



Фото №14 Та же 8-ая через 25 дн.  
после операции

держащая гной. Последний отслаивает околососковый кружок. Стенки полости представляют собою плотный инфильтрат. Полость обработана спиртом и введены тампоны с мазью Вишневского.

В последующие после операции дни состояние больной удовлетворительное, Т- норма. Болей нет. Повязка промокает гноем.

14.Ш - первая перевязка. Тампоны, пропитанные гноем, подтянуты. В ранах на дне сочные яркие грануляции. Инфильтрат в толще железы уменьшился.

18.Ш - состояние удовлетворительное. Тампоны удалены и заменены другими, пропитанными мазью Вишневского.

26.Ш. Раны выполняются хорошими грануляциями, уменьшились. Инфильтрат в толще железы значительно меньше. Выписывается на амбулаторное лечение.

В некоторых случаях воспалительный процесс может захватить всю грудную железу и повести к тотальному, так называемому ПАНМАСТИТУ, гнойному расплавлению всей ткани железы. При этом грудь представляет из себя мешок, наполненный гноем и некротической клетчаткой.

Следующая история болезни иллюстрирует эту Ш-ю форму мастита (паренхиматозный и интерстициальный мастит), при котором почти вся железистая ткань была гнойно расплавлена.

Б. Е-ная Раз-ко А.А. 28 лет (ист. бол. № 2490) поступила 23.V.39г. по поводу болей в правой грудной железе, высокой Т, общего тяжелого состояния. Заболела две недели назад, еще будучи в родильном доме, где 25.IV родила здорового ребенка, почувствовала

боли и припухлость правой грудной железы. После выписки домой у больной появились ознобы, Т держалась все время высокой, припухлость грудной железы увеличилась. В связи с резкими болями перестала кормить ребенка правой грудью. Последние дни Т держалась в пределах  $40-41^{\circ}$  с частыми ознобами.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, недостаточной упитанности. Кожа и видимые слизистые бледны. Общее состояние тяжелое. Т-39,1, пульс 140 в 1', удовлетворительного наполнения. Тоны сердца глуховаты. В легких рассеянные сухие хрипы. Органы брюшной полости без отклонений от нормы. Правая грудная железа резко увеличена в размерах. Кожа гиперемирована. Вся железа сильно напряжена. Во всех ее отделах определяется флюктуация. Подмышечные железы справа увеличены и болезненны.

Гемограмма.: Нв- 45%, эрит.3090000, лейкоц. 10400, эоз.3, палоч.4, сегмент.53, лимфоц.27, моноц.8, РОЭ -37 мм.

23.У -операция. Под эфирным наркозом произведены радиарные разрезы в правой и левой половине железы. В нижнем отделе произведена контрапертура. Фонтаном выделилось громадное количество гноя. В нижне-наружном квадранте обнаружен изолированный очаг, который также вскрыт радиарным разрезом. Грудная железа представляет собой мешок, наполненный гноем. Железистая ткань почти вся разрушена. Во все четыре разреза введены сухие тампоны. Повязка. Под кожу *ol camphorae* 2,0.

В послеоперационном периоде Т временами повышалась до 39° при улучшившемся самочувствии и хорошо гранулирующих ранах.

31.У в наружной половине грудной железы обнаружен затек, распространяющийся под кожу грудной клетки. Под местной анестезией радиарным разрезом затек вскрыт. В рану введен сухой тампон. В дальнейшем гладкое течение.

7.У1 выписана на амбулаторное лечение.

В других случаях железа на разрезе бывает нафарширована множеством мелких гнойничков, не сливающихся в крупные, пропитана гноем, как губка. Такие формы Войно-Ясенецкий называет гнойной инфильтрацией железы. Гнойно-инфильтрированная ткань железы на разрезе напоминает карбункул. Клиническая картина не всегда соответствует этой патолого-анатомической форме. Общее состояние на фоне развивающегося глубокого уплотнения бывает нередко удовлетворительным.

Следующая история болезни иллюстрирует случай вышеуказанной II-ей формы мастита, где после радиарных разрезов в послеоперационном периоде долго выделялся из поверхности раны мелкими струйками, как из губки, гной.

6. В-ная Яс-ко Т.Д. 22 лет (ист. бол. № 2053) поступила в клинику 5.1У.41г. с жалобами на сильные боли в левой грудной железе и уплотнение в ней. Заболела 30.И. Почувствовала сильные боли в наружной половине левой грудной железы, повысилась Т до 38° . Озноба не было. Одновременно появилось затверждение в нижне-наружном квадранте. Через 2 дня Т упала, боли стали беспокоить меньше, но затверждение не умень-

валсоф. Лечилась мазевыми повязками. Общее состояние не пострадало. Аппетит, сон удовлетворительные. Больная в настоящее время имеет 2-ую беременность на 8-м месяце. Первые роды 16-ти лет, нормальные. Ребенка кормила грудью, грудницы не было.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа увеличена. В нижне-наружном квадранте прощупывается в виде сегмента инфильтрат плотный, слегка болезненный, флюктуация не определяется.

Внутри от соска вблизи от околососкового кружка на границе между верхне и нижне-внутренним квадрантами второй сегмента болезненный инфильтрат с размягчением вблизи околососкового кружка.

Гемограмма от 7/17: Нв-50%, эрит.3.320.000, лейкоц.6.200, эозин.6,5, палоч.16,5, сегмент 64, лимфоцит.18,5, моноц.0,5, РСЭ 61.

В течение первых 3-х дней пребывания в клинике б-ная получала согревающие компрессы и рентгенотерапию. Болей не было, аппетит, сон хорошие.

При опускивании инфильтрат в наружной половине грудной железы плотный, мало болезненный. Во внутренней половине инфильтрат подошел ближе к коже, определяется флюктуация. Сосок втянут. (фото № 15, стр.74).

8.17. Операция. Под закисью азота произведены радиарные разрезы. Первый разрез - во внутренней по-



Фото №15 Левосторонний гнойный мастит -  
фрагмента железы с атрофичным соском



Фото №16 Через 3 дня после операции  
по способу Вишневецкого

ловине грудной железы, возле околососкового кружка, длиною 4-5 см. Вскрыта гнойная полость, идущая в толщу железы кзади и за околососковый кружок, отслоив его до соска. Второй разрез - через инфильтрат в ниже-наружном квадранте. Кожа и подкожная клетчатка не изменены. При иссечении инфильтрата из глубины выделилось большое количество гноя и некротической клетчатки. С поверхности разреза через инфильтрат, как из губки, сочится гной. Введены тампоны с мазью Вишневского. Повязка.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен гемолитический золотистый стафилококк.

12.1У. Общее состояние хорошее, Т-36<sup>0</sup> болей нет. Аппетит, сон хороший.

Перевязка. Удалены тампоны, пропитанные гноем. В толще грудной железы еще имеется инфильтрат. При опускании железы на дне раны и поверхности ее, из отдельных участков появляется гной, выделяющийся густой струей. На поверхности раны здоровые сочные грануляции. Грудная железа безболезненна. Введены тампоны с мазью Вишневского.

16.1У. Т-норма. Болей нет. Общее состояние хорошее. Перевязка. Тампоны, пропитанные гноем, удалены. Инфильтрат в грудной железе значительно уменьшился, при опускании его на поверхности и на дне раны появляется гной. Тампон с мазью Вишневского.

Дальнейшее течение также гладкое. 20/1У перевязка. Раны значительно уменьшились, выполняются сочными грануляциями, гноя в них нет. Грудная железа мяг-

ная, инфильтрата нет. Тампоны с мазью Вишневского.  
(фото № 16, стр.74).

21.1V.Общее состояние хорошее. Т-нормальная.  
Повязка сухая.

Выписывается на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 26.1V грудная железа мягкая, раны маленькие, выполнены оочными грануляциями.

Гемограмма от 26.1V: Нв 65%, эр.4080000, лейк. 8.200, эоз.2, палоч.14,5, сегм.65, лимф.22,5, моноц. 6, РОЭ 40 мм в час.

Располагающийся в грудной железе гнойный очаг может прорваться в глубину в рыхлую поджелезистую клетчатку и дать ретромаммарный мастит. При этом образуются две гнойные полости, соединенные между собой узким каналом: одна в толще железы, другая в ретромаммарной клетчатке.

Клинически отмечается резкое выстояние больной железы по сравнению со здоровой; железа находится в состоянии напряжения, легко смещается во все стороны, как на водяной подушке. Больная отмечает глубокие боли, отдающие в подмышечную впадину больной стороны. По верхнему краю железы можно нередко найти поперечно располагающийся болезненный и флюктуирующий вал в результате поднятия кверху гноя от сдавления нижнего отдела ретромаммарного пространства свисающей грудью. *См. фото № 12, стр. 67*

Следующая история болезни иллюстрирует случай E-ей формы мастита, который прорвался в ретромаммарное пространство. Во время операции выделено большое количество гноя с некротической клетчаткой, а из поверхности разреза сочилась, как из губки, гной.

7. Б-ная Уст-ва М.К. 21 г. (ист. бол. № 2840-) поступила в клинику Б.У. 41г. по поводу послеродового левостороннего гнойного мастита.

11.1У первые нормальные роды. Выписалась из родильного дома на 9-й день после родов. Дома заметила в наружной половине левой грудной железы близко к соску болезненный узел величиной с грецкий орех. Узел при опухивании б-ную особенно не беспокоил. Т была нормальной и к врачу не обращалась.

30.1У сразу начались боли в области затвердения, был сильный озноб, Т повысилась до  $40,8^{\circ}$ . Кожа над опухолью покраснела. Б-ная усиленно массировала грудь и продолжала кормить. Затвердение стало быстро увеличиваться, распространяясь кверху. Вследствие резкого затвердения грудной железы и увеличения ее больная перестала кормить грудью и стала сцеживать молоко, причем заметила, что оно приобрело желтый цвет в связи с примесью к нему гноя.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа резко увеличена в размерах, верхняя половина ее гинеремирована, вены расширены. В толще верхней и наружной половины просупивается плотный мало болезненный инфильтрат, распространяющийся книзу, занимая т.о. большую часть грудной железы. В наружной половине грудной железы имеется небольшой поверхностно расположенный очаг размягчения; глубже в толще железы — плотный инфильтрат, идущий под околососковый кружок и кнутри.

7.У. Особых жалоб не отмечала, но к вечеру Т повысилась до  $40,7^{\circ}$ , а ночью в наружной половине

грудной железе образовался свищ, из которого выделилось много жидкого гноя. В толще верхней половины грудной железы прощупывается большой плотный малоболезненный инфильтрат. В ниже-наружной части грудной железы инфильтрат значительно уменьшился. При ощупывании его из свища выделяется гной.

8.У. Под местной анестезией по Вишневскому в ретромаммарное пространство введено 200 см<sup>3</sup>  $\frac{1}{2}$  раствора новокаина. Разрез в верхней  $\frac{1}{2}$  грудной железы в радиарном направлении. Подкожная клетчатка не изменена. Рассечен инфильтрат, представляющий собой конгломерат мелких полостей, наполненных густым гноем и распадом. Поверхность разреза представляет собой вид губки, из которой сочится гной. Измененная таким образом ткань иссечена. Инфильтрат распространяется и наружи в толщу грудной железы. С полостью, вскрывшейся свищем в наружной половине грудной железы, этот инфильтрат не сообщается. Второй разрез в наружной половине грудной железы также в радиарном направлении. Вскрыта полость, стенки которой состоят из такой же плотно нафаршированной гноем ткани. Полость распространяется под околососковый кружок в нижнюю половину грудной железы близко к поверхности ее. Стенка полости в наружной части грудной железы также иссечена. Раны выполнены сухими тампонами.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

9.У. Т- 39, 7. Боли не беспокоят, аппетит плохой, слабость, общее состояние тяжелое, язык сухой. Пульс

110 ударов в 1', удовлетворительного наполнения. Повязка слегка промокла кровью. Поверхность ран сухая, безжизненная. Гноя нет. В тканях вокруг верхней раны прощупывается плотный инфильтрат. Рана разведена крещиками. Плотный инфильтрат иссечен со стороны раневой поверхности без анестезии (манипуляция почти безболезненная). При иссечении инфильтрата вскрываются мелкие гнойные очаги, ткань как-бы нафарширована гноем. В раны введены тампоны с гипертоническим раствором. Повязка.

12.У. Самочувствие удовлетворительное, аппетит плохой. Т вечерами до 39,0°. Из больной груди сцеживает немного молока.

Перевязка. Поверхность ран бледная с грязноватым налетом. Тампоны, мало пропитанные гноем, отошли свободно. В толще верхне-внутреннего квадранта прощупывается плотный болезненный инфильтрат, эпидермис над ним приподнят в виде небольшого пузыря с мутным содержимым. Пузырь вскрыт, под эпидермисом 2 точечных отверстия (овии), из которых выделяется гной. Инфильтрат распространяется до наружного края верхней раны.

В толщу инфильтрата со стороны раны введено 5 куб. см. стафилофага. Повязка.

14.У. Самочувствие удовлетворительное. Болей нет. Появился аппетит. Т вечерами 38,0°.левой грудью не кормит, из правой грудной железы сцеживает молоко в недостаточном для ребенка количестве.

Перевязка. Тампоны мало пропитаны гноем. Грануляции бледные, вялые, местами некротичные зеленова-

тые налеты. Инфильтрат во внутренней половине грудной железе меньше. При надавливании на него в верхней ране появляется гной, идущий как бы из под грудной железе. В толщу инфильтрата введен стафилококк. Повязка без тампонов.

17.V. Т по вечерам повышается до 38,5. Самочувствие удовлетворительное. Болей нет. Повязка промокла гноем с молоком. Из ран выделяется немного гноя. При надавливании на грудную железу в верхней ране появляется гной из ретромаммарного пространства.

Гемограмма от 20.V: Нв 50%, эр.3050000, лейкоц. 7200, эоз.1, пал.21, сегм.52,5, лимф.23,5, моноц.2 РОЭ 65 мм в час.

23.V. Общее состояние удовлетворительное, Т по вечерам продолжает повышаться до 37,8. Аппетит, сон хорошие. Раны в нижней половине грудной железе выполняются грануляциями. Отделяемого нет. Из верхней раны течет гной. Инфильтрата в толще грудной железе нет. При надавливании на грудную железу на дне верхней раны струей показывается гной из ретромаммарного пространства.

Под закисью азота пальцем расширен ход в ретромаммарное пространство, откуда выделился севестр клетчатки. Введен тампон. Повязка.

При повторном посеве гноя обнаружен гемолитический стрептококк, золотистый гемолитический стафилококк, синегнойная палочка.

В дальнейшем Т продолжала по вечерам повышаться при общем хорошем самочувствии. Раны нижней половины



У наших больных воспалительный процесс в 75% локализовался в наружной половине правой грудной железы при правостороннем мастите и в 60% в наружной половине левой грудной железы при левостороннем мастите. (См. рисунок № 17 ).



Рис. №17

Гангренозная форма мастита встречается чрезвычайно редко. В нашем материале на 160 маститов мы имели один случай этой формы.

Сущность этой крайне опасной формы заключается в преобладании распада ткани, который быстро захватывает большую часть тела железы, переходит на кожу и ведет к отторжению

железы по частям. Очевидно, основой является нарушение питания ткани грудной железы, либо вследствие тромбоза на почве флегмонозного воспаления, либо от стаза в мелких сосудах вследствие резкого инфекционно-токсического поражения (Дитрих, Франгенгейм).

Ф а й н е н приводит два случая гангренозного мастита. В обоих случаях мастит был двухсторонний и гангреной поражены были нижние половины каждой грудной железы. В обоих случаях произведено было немедленное удаление нижней половины железы.

Н л и о н о к и й <sup>21</sup> на 350 случаев мастита приводит два случая гангренозной формы. Он полагает, что гангренозный мастит является следствием попадания особо вирулентной стрептококковой инфекции в лимфатические пути грудной железы.

В одних случаях процесс локализуется в поверхностной кожной сети лимфатических путей, вызывая гангренозную рожу, в других - инфекция проникает в глубокие лимфатические пути и ведет к инфицированию железистой ткани.

По мнению Клионского течение гангренозного мастита может быть хорошим, тяжелым или смертельным в зависимости от поражения или кожи, или части железы, или всей железы. Заболевание в тяжелых случаях протекает без реакции со стороны организма и в течение 1-2 суток ведет к смерти, несмотря на радикальное вмешательство в виде ампутации грудной железы.

Наш случай должен быть отнесен к гангренозной форме мастита с благоприятным течением, где в эволюционный процесс была втянута кожа с подкожной клетчаткой и железистая ткань.

Привожу выписку из истории болезни.

8. Б-ная Кас-нен Е.О. 25 лет (ист. бол. № 994) поступила в клинику 27. III. 46г. по поводу двухстороннего гнойного мастита в порядке неотложной помощи в тяжелом состоянии с высокой Т. Пульс 120.

Три месяца назад родила первого ребенка. Роды прошли нормально. Соски во время беременности не готовила. Спустя несколько дней после родов на сосках обеих грудных желез появились трещины, но больная, несмотря на сильные боли, продолжала кормить ребенка грудью. Около месяца назад у больной появилось уплотнение в правой грудной железе, повислась Т; ставила согревающие компрессы. Неделю назад появились боли и уплотнение и в левой грудной железе.

ОБЪЕКТИВНО. Больная блондинка, высокого роста, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Сердце и легкие без отклонений от норм. Язык обложен, суховат. Пульс 120 в 1' удовлетворительного наполнения. Правая грудная железа увеличена и напряжена. Сосок несколько втянут и имеет трещины. Кожа наружной половины гиперемирована, лоснящаяся. В верхней половине грудной железы имеется секвестрирующийся гангренозный участок кожи с резкими неправильными очертаниями. При пальпации в грудной железе отмечается болезненный инфильтрат с ясно выраженной флюктуацией.

Во внутренней половине левой грудной железы имеется флюктуирующая припухлость без изменений кожи.

Операция. Под эфирным наркозом произведены 3 ди-<sup>о/</sup>роких радиарных разреза на наружной поверхности правой грудной железы, соединенных между собой в глубине. <sup>х/</sup>Ви-

делилось большое количество гноя. Соответственно некротическому участку кожи отмечался также некроз подкожной клетчатки и частично железы. Раны после удаления некротических тканей выполнены сухими тампонами. Некротические ткани взяты для гистологического исследования. См. гистологическое исследование препарата № 10, стр. 56.

На внутренней поверхности левой грудной железы произведено два радиарных разреза. Выделилось много гноя. Раны также выполнены сухими тампонами. Бактериологическое исследование гноя обнаружило золотистый гемолитический стафилококк.

Послеоперационное течение сопровождалось первое время высокой по вечерам T при общем тяжелом состоянии, поносе.

31.В под эфирным наркозом произведены дополнительные разрез на обеих грудных железах ввиду обнаружения больших затеков.

5.IV. В левой грудной железе обнаружено два новых очага, которые двумя радиарными разрезами вскрыты. Один из очагов располагался глубоко в ткани железы. Выделилось огромное количество гноя.

Дальнейшее течение остается тяжелым. T держится, достигая 40° и выше. Озноб. Аппетит плохой.

9.IV в обеих грудных железах снова обнаружены затеки, которые вскрыты из старых разрезов. Выделилось большое количество гноя. Состояние после этого улучшается и T снижается. Больная бледна, жагуется на

головокружение, аппетит оредний.

С 16.1У состояние резко ухудшается. Начался очень частый жидкий стул. Язык обложен, суховат. Т-37,0. Пульс 120 в 1' ореднего наполнения. На лице лихорадочный румянец. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны грудных желез изменений нет. Раны отделяют много гноя. Назначена сульфидинотерапия.

В дальнейшем состояние постепенно улучшается. Т устанавливается нормальной. Пульс 76 в 1' удовлетворительного наполнения. Раны покрываются и выполняются здоровыми сочными грануляциями. Фото № 18, стр.87.

27.1У выписывается в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МАСТИТА зависит от вирулентности внедрившейся инфекции и своевременного и правильного лечения.

В большинстве случаев после хирургического вмешательства наступает улучшение общего состояния больной, Т падает до нормы и происходит постепенное излечение. При длительном и настойчивом консервативном лечении гнойный очаг, распространяясь по периферии и кпереди к поверхности железы, может самостоятельно прорваться через кожу и образовать свищи, из которых длительно выделяется гной.

Нередко уже с самого начала развивается одновременно несколько гнойных очагов, которые прорываются в разных местах свищами, имеющими длинные и извилистые каналы. Свищи временами закрываются и наступают явления обострения, после чего гной прорывается в новом месте.

Распространение нагноения к основанию железы ведет к



Фото № 18 Б - ная Мас - неи. Двухсторонний  
гноинный мастит. Сангрозная форма.  
Операция - широкие радиарные разрезы  
с иссечением некротических тканей.  
Через 20 дней после операции.

эпифасциальному ретромаммарному абсцессу, который может приподнять все тело железы. Дальнейший прорыв фасции вызывает абсцесс или флегмону грудной стенки.

Иногда гнойник вскрывается в ту и другую сторону, в результате образуется прободающий грудь туннель с неправильным ходом. Кожа в окружности свищей синюшна с экзематозным раздражением. Больные долго и повторно лихорадят, истощаются, а грудь рубцово сморщивается.

37.

Из других осложнений следует отметить рожистое воспаление грудной железы. В нашем материале на 160 маститов мы имели 7 рожистых воспалений, причем в 3 случаях это осложнение произошло после выписки больных из клиники. Эритемные дозы кварца и стрептоцид внутрь обычно купировали этот процесс на 2-3 день.

Иногда в результате разращения соединительной ткани, рубцевания и сужения млечных ходов происходит задержка секрета и образование молочных кист (галактоцеле), содержащее которых терпит различные изменения от густой маслянистой массы до конкрементов в виде белой сухой замазки. Подобного вида осложнений мы в нашем материале не имели.

Что касается функции грудной железы после перенесенных воспалительных процессов, то она изменяется в зависимости от формы и тяжести процесса, кроме того от степени разрушения железы и разрастания соединительной ткани, ведущей к закупорке млечных ходов и сморщиванию железы.

Данные о продолжительности лечения, рецидивах и исходах находившихся у нас на лечении больных приводятся в главе УІІ, где этот вопрос рассмотрен в зависимости от того или иного метода лечения.

## Г Л А В А У П .

### ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТОВ.

#### а) Консервативные способы лечения.

Арсенал средств консервативных способов лечения мастита чрезвычайно богат. Этому виду лечения поддаются начальные формы (застойные), развивавшиеся в первые дни кормления ребенка. Чаще всего их наблюдают акушеры. К нам же, хирургам, эти формы попадают редко.

Б у з е л о (<sup>61</sup>Busello), Л е б е д е в <sup>29</sup> и др. при начальных формах мастита рекомендуют частое опорожнение пораженной грудной железы от молока регулярным прикладыванием ребенка или отсасыванием молокоотсосом, дачу послабляющих - отвлекающих на кишечник средств и фиксацию хорошей поддерживающей повязкой. При таком лечении воспалительные явления проходят через 1-2 дня, Т падает до нормы, а на 3-5 день рассасывается инфильтрат.

Другие (Файнен, Бумм, Дитрих, Франгенгейм, Шаак и др.) <sup>53</sup> указывают, что начальные формы мастита могут быть ликвидированы путем предоставления больной груди полного покоя - отнятием ребенка от груди, холодных компрессов и отвлекающих на кишечник средств. Такое своевременно примененное лечение, по их мнению, может предотвратить образование абсцесса.

Некоторые авторы (Кушталов, Мангейм и др.) рекомендуют лечение начальных форм мастита застойной гиперемией по Бир-Клаппу. В насосывающей банке грудная железа наполняется кровью, приобретает сине-багровую окраску и выделяет из соска молоко, смешанное иногда с гноем. Такая застойная

гиперемия по 5 минут с перерывами производится ежедневно в продолжении часа. Способ этот может быть применен только при овежих (застойных) формах мастита, осложненных интраканаликулярным гнойным воспалением, но без явлений лимфатита (Мантейм).

Лушников, Шелко<sup>54</sup>, Коровин<sup>22</sup> и др. применяют короткий новокаиновый блок по Вишневокому с последующим наложением маевой повязки (*Pix liquida* + *xeroform ad* 5,0 + *ol. ricini* 100,0) на грудь на 4-5 дней. По их наблюдениям, под действием блока воспалительный процесс в течение 24-х часов меняет свое течение и локализуется или ликвидируется, не доходя до нагноения. При вяло протекающих гнойных формах мастита новокаиновый блок ускоряет его формирование и абсцедирование.

Коровин считает, что исход начальных форм мастита часто идет независимо от мероприятий, применяемых при этой форме мастита. После применения новокаинового блока происходит или рассасывание инфильтрата или нагноение. Рассасывание, по его мнению, происходит тогда, когда нет еще гноя, когда воспаление еще не перешло за пределы стадии серозного пропитывания тканей.

За последние годы с хорошими результатами при начальных формах мастита стали применять поверхностную рентгенотерапию. Наилучший эффект этого способа с обратным развитием процесса получался при применении его в ранние сроки заболевания (первый день), лактационная функция желез при этом не страдает (Дубовый<sup>13</sup>, Шварц<sup>13</sup>, Цветков<sup>49</sup>, Гришина<sup>49</sup>).

Хорошие результаты при начальных формах мастита по-

лучены также при применении аутогемотерапии (Гузиков)<sup>12</sup>, кварца (Кушталов).

Из наших больных консервативным методом лечения подвергалось 8 человек, поступивших к нам с начальными формами мастита. Из них двое получили короткий новокаиновый блок по Вишневному, двое - рентгенотерапию, остальные 5 человек получали кварцевое облучение, солюкс, сцеживание молока, фиксирующую грудь повязку и внутрь стрептоцид. У всех этих больных процесс был ликвидирован, не доходя до нагноения.

Приведу историю болезни больной с начальной формой мастита, леченной новокаиновым блоком по Вишневному.

9. В-ная Рол-ва (ист. бол. № 7568) 25 лет, поступила в клинику 28.II.40г. по поводу правостороннего послеродового гнойного мастита. Спустя неделю после произведения маститэктомии с гладким послеоперационным течением у больной повысилась Т и появились боли в другой, левой, грудной железе. В нижне-наружном квадранте появился небольшой болезненный инфильтрат с гиперемией кожи над ним. При попытке отцедить молоко из соска выделяется гной, при посеве которого выделен гемолитический стафилококк.

4.1. Под левую грудную железу в ретро<sup>ма</sup>марное пространство введено 130 куб.см.  $\frac{1}{2}$ % раствора новокаина. На грудную железу наложена поддерживающая повязка с эмульсией Вишневного. Через день, 6.1, Т- норма. Общее состояние удовлетворительное. Боли стихли. Гиперемия и инфильтрат в левой грудной железе значительно меньше. Инфильтрат безболезнен.

Из соска выделяется молоко без примеси гноя.

Наложена компресс из мази Вишневого с поддерживающей грудь повязкой. Одновременно назначен солюкс 2 раза в день на левую грудную железу.

7.1. Т-норма. Болей нет. Общее состояние хорошее. В нижне-наружном квадранте левой грудной железы инфильтрат уменьшился, гиперемии кожи нет. Из соска выделяется чистое молоко.

Сделан 2-й блок. В ретромаммарное пространство введено 200 куб.см. 1% раствора новокаина и наложен компресс с эмульсией Вишневого, поддерживающая повязка.

В дальнейшем ежедневно после сцеживания молока и применения кварца с солюксом накладывалась повязка с эмульсией Вишневого. Однако, инфильтрат в грудной железе величиною с гусиное яйцо долго не рассасывался при нормальной температуре и отсутствии болезненности.

9.1 компресс из эмульсии Вишневого пришлось отменить вследствие начавшейся мацерации кожи.

15.1 выписана на амбулаторное лечение.

25.11 при амбулаторной явке патологических изменений в левой грудной железе не обнаружено.

По вопросу следует ли кормить ребенка при развившемся мастите и после операции больной грудью не существует единого мнения. Некоторые авторы (Кушталов, Нидермейер<sup>35</sup> и др.) отмечают, что несмотря на наличие в молоке патогенных микроорганизмов, последние не оказывают вредного действия на ребенка. Поэтому при начальных формах мастита, особенно при галакто-

форите, кормление, по их мнению, приносит матери большое облегчение, регулярно освобождая грудь от вредного застоя молока и гноя. Другие (Мантейм и др.), наоборот, настаивают на полном покое больной груди, так как кормление ведет к обострению и ухудшению воспалительного процесса, а гной, содержащийся в молоке, может оказать вредное влияние на ребенка. Описаны случаи смерти грудных детей от перитонита после кормления их инфицированным молоком из нагноившейся грудной железы.

**В у з е л л о** в первые дни после операции рекомендует отсосывать молоко грудотсосом. Позднее же, когда уменьшается выделение гноя из раны, он настойчиво рекомендует кормление оперированной грудью, так как это лучшая и наиболее физиологическая разгрузка от всегда имеющегося застоя молока.

Мы в начальных формах мастита при интраканаликулярном серозном мастите, сопровождающемся лимфогонием<sup>н</sup> грудной железы, рекомендуем воздерживаться от кормления и предоставляем больной железе полный покой, накладывая поддерживающую грудь повязку.

В других же случаях наличия гнойного галактофорита считаем чрезвычайно полезным для матери кормление грудью, так как этим приемом мы освобождаем грудную железу от гноя. Путем кормления больной грудью осуществляется, по выражению Нидермейера, старое хирургическое правило „*ubi pus, ibi evasua*“.

При выраженном гнойном мастите или после операции мы в принципе считаем также полезным кормление грудью, но для окончательного решения этого вопроса в каждом отдельном случае необходим индивидуальный подход.

Что же касается ребенка, то мы согласны с мнением Кушталова и других, считавших кормление в этих случаях безвредным, и описанные перитониты, по нашему мнению, не являлись в результате кормления инфицированным молоком, а были другого неясного характера.

Из консервативных методов нами также применялось лечение БАКТЕРИОФАГОМ.

Этот препарат в качестве глубокого биологического антисептика является одним из эффективных средств, применяющихся в настоящее время в гнойной хирургии. Французский ученый Д'Эрель<sup>14</sup> в 1917 г. впервые обнаружил его в испражнениях дизентерийного больного и привел к заключению, что он, являясь фильтрующимся агентом, обладает способностью подобие живого существа размножаться и полностью растворять соприкасающиеся с ним бактериальные клетки. Свое лизирующее действие бактериофаг проявляет исключительно лишь в присутствии живых и размножающихся клеток. В присутствии же мертвых, не размножающихся клеток бактериофаг не оказывает своего лизирующего действия и сам не размножается.

До сих пор еще не установлен вопрос о природе бактериофага. Д'Эрель считает его живым существом, так как он обладает способностью подобно любому живому существу вырабатывать ферменты, благодаря которым питательные вещества разлагаются на составные части и утилизируются. Этими ферментами и является лизин, растворяющий бактерии. Кроме того, бактериофаг, как и всякое другое живое существо, обладает способностью приспособляться — адаптироваться к различным условиям существования.

Другие ученые отрицают живую природу бактериофага и считают его ферментообразным веществом, происходящим из самих бактерий. По выражению акад. НАДСОНА он является „веществом с свойствами существа“.<sup>19</sup> (Назарновская).

Но какова бы ни была природа бактериофага, он является мощным фактором в борьбе с микроорганизмами. По мнению Д'Эрелля, процесс воздействия бактериофага на бактерии напоминает инфекционный процесс. Бактериофаг проникает внутрь бактерии, и под влиянием вырабатываемого лизина перевариваются бактериальные белки, в бактерии увеличивается внутриклеточное осмотическое давление, она разбухает и лопается. При этом из нее выделяется от 12 до 87 новых зародышей бактериофага.

При воздействии на бактерии сильно вирулентного бактериофага быстро наступает лизис и бактерии погибают. При малом вирулентном бактериофаге некоторые бактерии остаются живыми и, наоборот, становятся резистентными к бактериофагу, приобретая к нему иммунитет. Бактериофаг специфичен к различного рода бактериям, и терапевтический эффект будет зависеть от точного подбора соответствующего микробиофага. Жидкость, в которой находились бактерии, подвергавшиеся воздействию бактериофага, становится прозрачной. Это можно видеть не только в опытной пробирке, но и в гнойной полости. Однако, повторные высевы этой прозрачной жидкости не всегда стерильны и часто при клинически затихавшем процессе мы находили ту же флору, но, по видимому, слабую или не вирулентную.<sup>х)</sup> Ц у л у к и д з е<sup>57</sup> и др. наблюдали уменьшение бактериальной колонии при применении бактериофага в первые сутки. В дальнейшем рост колоний совершенно прекращался.

х) Кованов и Каменская<sup>20</sup> отмечают, что микрофлора в гнойном очаге не изменялась даже после пятидневного применения бактериофага.

Стадии более энергичного размножения и наивысшая степень концентрации бактерий являются лучшим моментом для проявления растворяющего свойства бактериофага. В этом мы могли убедиться, применяя бактериофаг с наибольшим и быстрым терапевтическим эффектом при лечении острых хирургических заболеваний. При лечении хронической инфекции со старой бактериальной флорой мы получали слабый терапевтический эффект или совсем его не получали.

Кроме того, многие авторы отмечают, что наилучший терапевтический эффект получается при лечении бактериофагом закрытых форм инфекций, что также подтверждается нашими наблюдениями.

Этому виду консервативного лечения в нашем материале подверглось 12 стационарных больных и 6 амбулаторных. Из этих 18 больных в 13 случаях, т.е. в 72% лечение закончилось без оперативного вмешательства с количеством койко-дней в среднем для стационарных больных - 8.

В остальных 5 случаях, т.е. в 27% мы были вынуждены закончить лечение оперативным вмешательством в виде коротких разрезов-пункций в 4-х случаях и операцией Варденгейера в 1-м случае. Койко-день для закончившихся оперативным вмешательством составлял 19. В среднем этот способ лечения дал 13,5 койко-дней.

Методика заключалась в следующем: под местной анестезией мы производили пункцию гнойной полости толстой иглой и аспирировали гной. Взамен аспирированного гноя мы той же иглой вводили в гнойную полость и часть в инфильтрат специфический для данной инфекции фаг или, если флора не была точно установлена к моменту данной манипуляции, вводился

смешанный стрепто-стафилококк почти в таком же количестве. На следующий день снова производилась пункция с аспирацией гноя, который снова замешался фибрином. Больные в большинстве случаев на другой день лечения отмечали уменьшение болей, понижение T и улучшение общего состояния. Местно явления воспаления стихали, отечность уменьшалась и появлялась морщинистость кожи. Характер гноя при второй, чаще при третьей пункции резко изменялся, приобретая желтоватый цвет лимфы. Такое введение фибрина производилось трехкратно, в случаях благоприятного эффекта не требовало повторения и приводило к рассасыванию инфильтрата.

Для иллюстрации привожу выписки из истории болезни:

10. Б-ная Пр-ва К.А. 22 лет (ист. бол. № 3205) поступила в клинику 9.VI.41г. с жалобами на резкие боли в левой грудной железе, высокую T.

Б-ная - кормящая мать. Десять дней назад около соска левой грудной железы появился небольшой гнойничок с краснотой в окружности. 5.VI повысилась T, появились боли в железе.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа увеличена и резко болезненна. В верхне-внутреннем квадранте имеется припухлость с гиперемией кожи. Продульвается инфильтрат величиной с гусиное яйцо с ясно выраженной флюктуацией. Подмышечные лимфатические железы увеличены и болезненны. T-39, 2.

9.VI под записью азота произведена пункция инфильтрата. Аспирировано 10 куб. см. гноя. Через эту же иглу в

полость абсцесса и в инфильтрат введено 8 куб.см. смеси стрептококкового и стафилококкового бактериофага. Гной послан для бактериологического исследования.

На следующий день самочувствие удовлетворительное, Т-37,6. Болезненность грудной железы несколько меньше. Лактация не нарушена. Жалуется на головную боль и насморк. Назначен внутрь кальцеко.

11.У1. Произведена пункция гнойника. Аспирировано 6 куб.см.гноя с примесью крови и введено столько же смеси стрепто и стафилофага. Общее состояние хорошее. Болей нет. Т нормальная. Инфильтрат меньше.

12.У1. Состояние хорошее, Т-норма; аппетит и сон хорошие. Кормит ребенка грудью.

При пункции получено около 4-х куб.см.серозно-кровянистой жидкости. Инфильтрат незначительный, безболезненный.

Двукратное исследование аспирированного гноя 9 и 12.У1 обнаружило золотистый гемолитический стафилококк.

Выписана домой в хорошем состоянии для амбулаторного наблюдения.

11. Б-ная Озир-ва В.Г. 28 лет (ист. бол. № 2994) поступила в клинику 26.У.41г. с диагнозом правосторонний гнойный мастит. Около 1½ месяцев назад были первые нормальные роды. Выписалась из родильного дома на 10-й день с нормальной Т. Кормила грудью, несмотря на боли в связи с трещинами на сосках. С 16.У Т повысилась до 40,8, был бред, общее состояние тяжелое. Такая высокая Т до 40 и выше держалась целую неделю. Беспокой-

ли сильные боли в нижней половине правой грудной железы. Через каждые 2 часа сцеживала из больной груди молоко, что приносило некоторое облегчение. Вскоре стала замечать выделение из соска гноя вместе с молоком. Принимала стрептоцид.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости отклонений не представляют. В области ниже-внутреннего квадранта правой грудной железы имеется припухлость и краснота. При ощупывании определяется плотный болезненный инфильтрат, занимающий значительную часть грудной железы (весь ниже-внутренний и часть ниже-наружного квадранта).

27.V в толщу инфильтрата произведена пункция. Гноя не получено. Введено 8 куб.см. смеси стрепто и стафилофага. При этом выделилось немного кровянистой жидкости, при бактериоскопическом исследовании которой обнаружены грам + диплококки, стафилококки и кор. цепочка диплострептококков.

Вскоре после введения фага был озноб, T-39,0, боли усилились. Ночь спала плохо.

28.V. T-38,8. Боли стихли. Самочувствие лучше. Правая грудная железа нагрудла. Молоко сцежено, краснота несколько меньше. На коже появились морщинки.

29.V. Общее состояние значительно лучше. T-37,4. Болей нет. Из правой грудной железы сцеживает молоко, левой грудью кормит ребенка.

Инфильтрат стал менее болезнен. В центре флюктуация. Пункция. Получен гной, при посеве которо-



12. В-ная Сн-ва Л.А. 19 лет (ист. бол. № 3104) поступила в клинику З.У1.41г. по поводу послеродового левостороннего гнойного мастита.

21.1У были первые нормальные роды. Во время пребывания больной в родильном доме на сосках появились трещины, но больная продолжала кормить ребенка грудью.

27.У появилось затверждение в нижне-наружном квадранте левой грудной железы величиною с голубиное яйцо.

Т повысилась до 38,6, но самочувствие оставалось хорошим. На второй день Т упала до нормы и больше не повышалась.

Затверждение в грудной железе продолжало увеличиваться. С 31.У начались довольно интенсивные боли, появились болезненные подмышечные лимфатические железы. Кожа над затверждением покраснела.

С 20.У из-за болезненных трещин на левом соске прекратила кормление левой грудью. Правой грудью по той же причине кормит нерегулярно (молоко сцеживает).

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Левая грудная железа значительно больше правой за

счет припухлости в нижне-наружном квадранте, где кожа резко гиперемирована. Воспалительный инфильтрат занимает большую часть железы, распространяясь

вверх и располагаясь позади околососкового кружка. В центре инфильтрата явное размягчение, в области которого кожа истончена.

З.У1 пункция. Аспирировано около 30 куб.см. густого гноя и той же иглой полость абсцесса и в

толщу инфильтрата введено 10 куб.см. смеси стрепто и стафилофага. Наложена подвешивающая грудь повязка.

Бактериологическое исследование гноя обнаружило золотистый гемолитический стафилококк.

4.У1. После произведенной накануне пункции отмечала боли, которые к утру стихли. Т- вчера вечером 40,1, утром 37,0. Был озноб. Инфильтрат в грудной железе несколько меньше. Есть флюктуация. Пункция. Аспирировано около 10 куб.см. кровянисто-гнойного экссудата. В месте пункции образовался точечный свищ. Сухая повязка.

5.У1. Общее состояние хорошее. Болей нет. Т- норма. Больная прекратила кормление грудью из-за боязни образования трещин на сосках. Убеждения в необходимости кормления ребенка грудным молоком на больную не действуют. Инфильтрат в толще грудной железы уменьшился, безболезненный; из свища на месте пункции выделилось несколько капель кровянистой жидкости.

В толщу инфильтрата введено 5 куб.см. стафилофага. Ин'екция почти безболезненна. Реакции в виде озноба и повышения Т не было.

7.У1. Общее состояние хорошее. Жалоб нет. Т- норма. На повязке маленькое кровянистое пятно. Свищевое отверстие несколько увеличилось. Отделяемого почти нет. Инфильтрат уменьшился, плотный, безболезненный. В толщу его введено около 8 куб.см. стафилофага.

9.У1. Выписывается в хорошем состоянии, с небольшой язвочкой на месте пункции, без отделяемого и незначительным плотным безболезненным инфильтратом.

13. Б-ная Вор-ва А.И. 33 лет (ист. бол. № 2851) поступила в клинику 19.V.41г. с жалобами на боли в левой грудной железе, лихорадку, слабость, высокую Т.

У больной грудной ребенок около года. Кормить прекратила месяц тому назад, молоко не сцеживала, только бинтовала грудь. В течение 10 дней грудная железа сильно нагрудла, затем уменьшилась и боли прекратились. 7.V снова появились боли в области соска, вся грудь покраснела, Т повысилась до  $39^{\circ}$ , был озноб, головная боль, общее недомогание, пропал аппетит. Стало больно поднимать левую руку. На другой день появилось затвердение всей грудной железы. Лихорадка держится, по вечерам озноби, температура до  $39^{\circ}$  и выше. Ночи спит плохо из-за колющих болей в грудной железе. Лечилась согревающими компрессами, без улучшения.

Ребенок 5-й по счету. Всех детей кормила грудью. Грудницей не болела, трещин на сосках не было.

ОВ'ЕКТИВНО. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Язык обложен. Пульс 100в', Т-38,5. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа значительно больше правой. В верхне-наружном и нижне-наружном квадрантах прощупывается большой сплошной болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Кожа под ним гиперемирована с цианотическим оттенком. В левой подмышечной впадине увеличенные безболезненные лимфатические железы.

19.У произведена пункция инфильтрата. Гноя получить не удалось. В толщу инфильтрата введено 6 куб.см.смеси стрепто и стафилофага. Наложена подвешивающая грудь повязка.

20.У. Т-37, 4. Воли значительно меньше. Общее состояние лучше. Ночь снала.

Гемограмма от 20.У: Нв-60%, эрит.3710000, лейкоц.134000, эозин.3,5, пал.21,6, сегм. 57, лимфоц. 14,5, моноц.3,5, РОЭ 36мм.

21.У. Т-36, 5. Общее самочувствие удовлетворительное, появился аппетит, болей нет. Грудная железа меньше. В наружной половине очаг размягчения. Произведена пункция. Получено около 30 куб.см.кровянисто-гношной видкости. Последняя направлена на посев. Выделен гемолитический стафилококк. В полость и в толщу инфильтрата введено 10 куб.см.смеси стрепто и стафилофага.

В-ная выписана на амбулаторное лечение при клинике.

При амбулаторном наблюдении на месте бывшего свищевого отверстия образовалась небольшая грануляционная поверхность, вскоре зарубцевавшаяся. Инфильтрат рассосался. С 31.У приступила к работе.

14. В-ная Кур-на Е.И. 40 лет (ист.бол.№ 2143) переведена 10.1У.41г. из родильного дома в клинику с диагнозом левосторонний послеродовой мастит. Жалобы на колющие боли в левой груди, общую слабость, лихорадку, плохой аппетит.

19.В.41г. родила 7-го по счету ребенка. (Во

время родов делали поворот на ножку). 8.1У ребенок умер. Первые дни после родов ребенка грудью не кормила. Молоко сцеживалось.

С 26.И начались боли в верхней половине левой грудной железы, появилось уплотнение и Т повысилась до 38,9. Применяла холод, молоко сцеживала.

1.1У в родильном доме был сделан кор.новокаиновый блок по Вишневскому.6.1У блок повторен. Опухоль не уменьшилась, Т держится, боли мало беспокоят.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без отклонений.

Левая грудная железа резко увеличена в размерах по сравнению с правой. Кожа не изменена за исключением незначительной гиперемии на небольшом участке в верхне-внутреннем квадранте размером 2 х 2 см. При ощупывании определяется инфильтрат в верхней и наружной частях и явная флюктуация (мешок с гноем). Фото № 19, стр.106.

11.1У пункция. Удалено около 500 куб.см.жидкого зеленоватого цвета гноя. Грудь подвешана повязкой. В гной бактериологически обнаружен гемолитический стафилококк.

15.1У состояние удовлетворительное. Т-36,0. Боли не беспокоят. Левая грудная железа снова увеличилась в размерах, но значительно меньше, чем при поступлении. Пункция. Аспирировано около 100 куб.см.жидкого гноя с примесью крови. Ведено 10 куб.стафилофага.



Фото №19 Б-ая Кур-на. Левосторонний гнойный мастит. Интрамаммарный абсцесс



Фото №20 Та же Б-ая после лечения бактериофагом

17.1У. Т-36, 7. Болей в грудной железе нет. Небольшие боли в левой паховой области.

Пункция. Аспирировано около 50 куб. см. слегка мутноватой геморрагической жидкости. Введено 10 куб. стафилофага.

18.1У. Консультация гинеколога; установлен флебит *поверхностных вен левой нижней конечности.*

Дальнейшее течение осложнилось инфильтратом в икроножных мышцах левой голени, крапивницей.

28.1У. Состояние удовлетворительное. Болей нет. Левая грудная железа безболезненна, чуть больше и плотнее правой. При надавливании из соска выделяются капли молока. 4-ратно до и после применения фага бактериологически обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

29.1У выписывается домой в хорошем состоянии. (Фото № 20, стр.108).

15. Б-ная Кон-на А.Б. 24 лет (ист. бол. № 3097) переведена 2.У1 из септического отделения АГИ, где находилась с 15.У-41г. по поводу мастита.

7.У были первые роды. 9.У нагрудла и заболела правая грудь, Т повысилась до 38-39. После массажа и согревающих компрессов Т снизилась и боли прошли.

Через несколько дней после родов на соске левой грудной железы появилась болезненная трещина, вследствие чего больная вынуждена была перейти на сцеживание молока.

13.У повысилась Т до 38,8, озноб, недомогание,

плохой аппетит. Уплотнений в грудной железе не отмечалось. Т постепенно снизилась до нормы.

С 24.У снова повысилась Т. Состояние ухудшилось, появилось уплотнение в верхней половине левой грудной железы. Лечилась грелками, кварцем. 2.У1 переведена в хирургическую клинику. С 15.У грудью не кормит, молоко пропало.

ОБЪЕКТИВНО. Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

В верхней половине левой грудной железы гиперемия, прощупывается болезненный инфильтрат величиною с гусиное яйцо. Флюктуация.

2.У1 пункция. Эвакуация около 20 куб.см.гноя. В толщу инфильтрата и в полость абсцесса введена смесь стрепто и стафилофага 8 куб.см.

Бактериологически обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

После введения фага Т повысилась до 38,7, беспокоили боли. Познабливало.

3.У1. Т-36,8. Болей нет. Самочувствие лучше. Пункция. Эвакуировано около 20 куб.см.кровянисто-гношной жидкости.

4.У1 самочувствие хорошее, Т-36,7. Инфильтрат меньше; флюктуация, кожа морщинится.

Пункция. Эвакуировано около 10 куб.см.кровянисто-гношной жидкости. Введена смесь стрепто и стафилофага 10 куб.см.

5.У1. Болей нет. Т-норма. Инфильтрат меньше, подвижен.

Пункция. Эвакуировано около 10 куб.см. кровянисто-гноной жидкости. Введено 8 куб.см. стрепто и стафилофага.

7.У1. На месте бывшей пункции образовался точечный свищ, из которого выделилось несколько капель кровянисто-гноной жидкости. Болей нет. Инфильтрат меньше.

Пункция. Эвакуировано 5 куб.см. кровянистой жидкости.

10.У1 выписывается в хорошем состоянии с незначительным болезненным уплотнением на месте бывшего инфильтрата.

В приведенных случаях мы имели II-ую форму мастита с интрамаммарной локализацией, успешно ликвидированную двух и трехкратным введением бактериофага, и получили полное выздоровление с минимальным количеством койко-дней (от 3-х до 6-ти).

Нарушения лактационной способности желез не отмечалось. Такое идеальное течение процесса мы могли наблюдать при пользовании фагом Московского Бак.Института им.Мечникова.

В других случаях течение заканчивалось вмешательством в виде прокол-разреза, через который выделялась обильная желтая жидкость с некротической клетчаткой. На второй - третий день отделяемое резко уменьшалось и наступало заживление раны с исчезновением инфильтрата *в дальнейшем.*

Привожу выписку из истории болезни:

16. Б-ная Бо-ва В.И. 24 лет (ист. бол. № 3221) поступила 10.У1 с жалобами на боли в левой грудной железе. 8.У1 родила второго ребенка. На 10-й день после родов заболела фурункулезом. На левой грудной железе был фурункул, который накануне прорвался. Семь дней назад появилось покраснение, а дней 5 назад появились боли в левой грудной железе, Т повысилась до 40°. Кормит грудью.

Лечилась синим светом, согревающими компрессами, стрептоцидом.

ОБЪЕКТИВНО. Среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледны. На животе много следов от бывших фурункулов. Органы грудной и брюшной полости без изменений.

Левая грудная железа напряжена. Кожа багрово-красная, лоснящаяся. При пальпации плотный болезненный инфильтрат, занимающий 2/3 железы, ясно флюктуирующий. Т-39,6. Пульс 124 в' удовлетворительного наполнения.

11.У1 пункция. Эвакуировано около 100 куб.см. жидкого гноя. Введено в полость и в толщу инфильтрата 20 куб.см. смеси стрепто и стафилофага.

12.У1. Т-37,3. Волей нет. Спала хорошо, аппетит лучше. Пункция. Эвакуировано 20 куб.см. гноя. В толщу инфильтрата и полость введено 25 куб.см. смешанного бактериофага. При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

К вечеру Т-39, 4. Жалобы на боли в левой грудной железе.

13.VI. Жалобы на боли в грудной железе, Т-37, 4. Пункция. Эвакуировано около 30 куб.см. жидкого гноя, окрашенного кровью. Введено 15 куб.см. стафилофага, 10 куб.см. стрептофага.

14.VI. Т-38, 3. Накануне вечером Т-38, 7. Жалобы на боли в грудной железе. Ночь спала плохо.

Под закисью азота произведен радиарный разрез длиной в 1,5 см. в наружно-верхнем квадранте. Выделилось значительное количество серозно-гнойной жидкости. Повязка без тампона.

При бактериологическом исследовании обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

16.VI. Состояние хорошее. Т-36, 3. Болей нет. Повязка обильно промокла серозно-гнойной жидкостью, смешанной с молоком.

17.VI. Т-норма. Болей нет. Спала хорошо. Напряжение в грудной железе исчезло. Появилась морщинистость кожи. Из раны при надавливании в окружности выделилось около 10 куб.см. мутной серозной жидкости с незначительной примесью молока.

Выписывается по собственному желанию.

19.VI. Амбулаторная явка. Состояние хорошее. Т-норма. Инфильтрат не прощупывается. Из раны незначительное мутно-серозное отделяемое.

#### б) Хирургические способы лечения маститов.

Длительное консервативное лечение гнойных маститов и выщипание ясной флюктуации в практике амбулатор-

ных хирургов приносят вред, приводят к гнойному расплавлению большей части железы и удлиняют срок лечения. Поэтому, если в воспалительный процесс вовлечены паренхима или интерстициальная ткань железы, или та и другая одновременно со скоплением гноя, необходимо, не тратя времени на бесполезное консервативное лечение, подвергнуть больную оперативному вмешательству.

Прежде всего необходимо учесть то обстоятельство, что мы имеем здесь дело с железистым органом, имеющим большое количество выводных протоков, поэтому разрезы должны совершаться в таком направлении, чтобы не перерезать этих протоков и не вызвать образования молочных свищей.

Наиболее часто применяемым хирургическим способом являются разрезы, идущие в радиарном направлении к соску.

Имеются сторонники консервативного хирургического лечения и радикального оперативного вмешательства.

Сторонники консервативного хирургического лечения рекомендуют короткие радиарные разрезы с эвакуацией гноя тем или иным способом без применения тампонов.

Большинство авторов Пертес (*Pertthes*<sup>40</sup>), Дитрих, Файнен, Кюттнер и др.) при ограниченных абсцессах грудной железы лучшим способом считают комбинацию вскрытия абсцесса небольшими лучеобразно расположенными надрезами с аспирацией гноя по Клаппу.

Х о х л о в<sup>48</sup> предлагает свой „оливный“ способ лечения гнойных маститов, сущность которого заключается в радиарном разрезе и введении в гнойную полость на все время лечения отсасывающе-орошающей оливы с промыванием полости

антисептическими растворами.

Б у з е л л о приводит способ Р о з е н ш т е й н а, который рекомендует пункцию гнойника и опорожнение его при помощи отсасывания шприцем через иглу. Тут же, не убирая иглы, он вводит в полость абсцесса 50-100 куб. см. водичка  $\frac{1}{2}\%$  с новокаином. После этого железа высоко подвязывается влажной повязкой из уксусно-кислого глинозема. Такие ин'екции рекомендуется повторять через каждые 2-3 дня. Он подчеркивает, что после стадии раздражения, наступающей в результате ин'екции в течение 2-5 дней с высокой Т до 40° с болезненностью и распуханием груди, наступает стадия длительно-го подострого воспаления, которая постепенно переходит в излечение с исчезновением инфильтрата.

Срок лечения по его данным сокращается, функция железы не страдает.

О к и н ч и ц При намечающемся размягчении области абсцесса применяет небольшие разрезы-проколы и, после опорожнения гнойника от гноя, в полость его вводит наконец - ник шприца Брауна, через который вливается культура болгарской палочки до отказа, а затем в отверстие раны вставляется тонкая резиновая трубочка или гусиное перо. Он отмечает, что проведенные таким способом лечения 50 гнойных маститов не потребовали дополнительных разрезов и закончились полным выздоровлением.

В о й н о - Я с е н е ц к и й категорически высказывается против консервативных методов лечения гнойных маститов и в частности против проколов или коротких разрезов.

„Проколы“, пишет он, „если вообще за ними можно было бы признать терапевтическую ценность, могли бы быть дейст-

вительными лишь при том условии, что нам точно известны число и локализация гнойников, а этого мы никогда не знаем до исследования оперативным путем".

Он настаивает на больших радиарных разрезах по способу Ангерера с тщательным исследованием введенным в рану пальцем гнойной полости с целью найти и вскрыть все имеющиеся гнойники.

Мельников<sup>34</sup> производит разрезы в зависимости от локализации гнойника. При поверхностно-располагающихся абсцессах он производит небольшой разрез, после чего дальнейшее лечение ведется бестампонно. При абсцессах глубоких отделов железы, ретромаммарных, он рекомендует применять разрез Варденгерера, комбинируя его иногда с радиарными разрезами.

#### СПОСОБ АНГЕРЕРА.

Способ этот наиболее распространен при лечении гнойных маститов и заключается в одном или нескольких разрезах длиной в 10-15 см. радиарно и коску, во избежание повреждения молочных протоков. (См. рис. № 2, 22 стр. 115). Раны разводятся крючками, удаляется вся некротическая клетчатка, гнойная полость выскабливается острой ложкой и создается чистая раневая поверхность, которая выполняется тампонами. При значительном распространении процесса приходится делать несколько радиарных разрезов, которые в глубине раны сообщаются между собой. В дальнейшем производятся систематические перевязки со сменой тампонов.

Куттнер рекомендует этот способ при прогрессирующей паренхиматозной или интерстициальной формах мастит-



*Радиарные разрезы по  
Ангерефу.*

*Рис. №21*



*Радиарные разрезы по  
Ангерефу.*

*Рис. №22*

та. После удаления некротических тканей он промывает полость антисептическим раствором и дренирует ее.

Некоторые авторы после операции применяют отсасывающие гной банки по Виру.

П е л ь ц - Л е й з д е н <sup>39</sup> указывает, что после операции по способу Ангерера самым лучшим последовательным лечением является применение большого, покрывающего всю железу бировского колокола, при помощи которого достигается не только механическое отсасывание гноя, но и вызывается значительная гиперемия с направленным к поверхности током жидкости.

Б у з е л л о подчеркивает, что при отсасывании гноя в банку больная не должна ощущать никаких болей. Окрасивание груди должно быть слегка цианотичным, не доходя до темно-синего или белого цвета, как признака нарушения циркуляции крови. Лечение отсасыванием он применяет ежедневно первые 4-5 дней после операции в течение 3/4 часа (5 минут отсасывания и 3 минуты пауза).

Этим способом достигается разгрузка груди от молока и гноя с некротическими тканями из ран, что дает большое облегчение больной, так как часто после операции она лишена возможности кормить ребенка больной грудью.

В о й н о - Я с е н е ц к и й считает, что при незамечанном и не вскрытом при операции гнойнике, банка Вира может принести большой вред, так как „под ее влиянием вокруг гнойника образуется все увеличивающийся пояс воспалительной инфильтрации и быстро увеличивается самый гнойник!

При способе А н г е р е р а необходимо тщательное

исследование введенным в рану пальцем гнойных полостей с целью выявления новых гнойников, положение и размеры которых определяют направление и величину добавочных разрезов. Если все гнойники основательно вскрыты, то гнойное отделяемое быстро идет на убыль, раны выполняются здоровыми грануляциями и заживают. В случаях же недостаточно широких разрезов или когда процесс протекает с образованием новых гнойников, течение обычно затягивается на длительное время и нередко требует дополнительных вмешательств.

#### СПОСОБ ВИШНЕВСКОГО.

В связи с концепцией проф. Вишневого<sup>8</sup> об изменении трофики воспаленного участка под влиянием новокаинового блока и применения на раневую поверхность повязки с бальзамической эмульсией, возник и способ лечения гнойных маститов по Вишневскому.

Операция производится под местной анестезией путем введения в ретромаммарное пространство  $\frac{1}{2}\%$  раствора новокаина в количестве 200-250 куб. см. Кроме того анестезируется кожа по ходу предполагаемого разреза. Обычными широкими радиарными к соску разрезами производится вскрытие гнойных очагов. Раны разводятся крючками, после чего тупым или острым путем удаляются все некротические ткани, раневая полость обрабатывается спиртом и тщательно выполняется тампонами, пропитанными эмульсией Вишневого.

К о р о в и н делает небольшие разрезы, рассчитанные не на эвакуацию гноя, а на обработку очага спиртом и тщательную тампонаду эмульсией Вишневого с целью изменения трофики воспаленного участка. Средняя продолжитель-

ность заживления после операции вышеуказанным способом, по его данным, снизилась с 30-40 дней до 12-15.

Такие же данные отмечают Ш е л к о, <sup>54</sup> Л у ш н и к о в и др., причем все они применяют этот способ операции при всех формах мастита независимо от локализации воспалительного очага.

### СПОСОБ ВАРДЕНГЕЙЕРА.

Одним из самых радикальных способов хирургического вмешательства при гнойном мастите является способ Барденгейера, применяющийся чаще всего при глубоко расположенных воспалительных очагах. Впервые свой способ Барденгейер предложил на 20-м заседании Общества врачей в Кельне, а в 1908 г. этот способ был опубликован Г о п м а н о м.

Первоначальную редакцию этого способа К ю т т н е р описывает следующим образом: „По периферии нижней половины груди проводят полукруглый разрез; после этого отделяют орган тупым путем от фасции большой грудной мышцы, отгибают вверх и удерживают в таком положении крючками. Затем абсцесс широко вскрывают при помощи радиарных, проведенных сзади, разрезов и очищают от гноя. В каждую полость вводят толстую дренажную трубку, а железу перемещают в прежнее положение“.

Позднее способ Барденгейера был видоизменен в соответствии с наблюдениями Г е н н и г а, который указал, что в послеродовом периоде в железе морфологически можно различить три доли: внутреннюю, ниже-наружную и выше-наружную и каждая доля может быть поражена процессом независимо от двух других. В соответствии с этим способ Бар-

денгейера модифицирован так, что в каждом случае разрез производится у края заболевшей доли, для этого достаточно сделать разрез, обходящий  $\frac{1}{4}$  железы, отделяют и откидывают только заболевшую долю, после чего абсцесс рассеивается сзади в радиальном направлении и дренируется (Кутнер). См. рис. № 23



Рис. № 23

Макс Торек (*Max Thorek*<sup>65</sup>) рекомендует этот способ хирургического лечения только при ретроаммарных абсцессах. Если обнаруживается свищевой ход, соединяющий абсцесс с источником инфекции в грудной железе, то он

удаляет его, осторожно выскаблив стенку полости абсцесса.

Ф а й н е н после откидывания железы удаляет всю большую некротическую или подозрительную на некроз ткань до границ здоровой, после чего получается чистая раневая поверхность, которая дренируется. Наложение контрапертур избегается.

Такой же методики придерживается Ж-В е к к е л ь. После вскрытия абсцесса и тщательного выскабливания его полости он вырезывает двумя эллиптическими разрезами большую ткань до пределов здоровой и после дезинфекции 5% раствором хлорцинка зашивает рану без дренажа глубокими и поверхностными швами наглухо (Дитрих).

К ю т т н е р указывает, что способ этот является опасным и невыполнимым и рекомендует его применять исключительно при хронических свищах.

Мы считаем, что наилучшим способом хирургического вмешательства должен быть тот, при котором хирургу могут быть предъявлены следующие требования:

1. своевременное вмешательство, дабы дать достаточный отток гною и этим спасти от гибели возможно больше функционально способной ткани железы;
2. радикальность и ликвидация болезненного очага одной операцией без необходимости повторных вмешательств;
3. сохранение функции железы и
4. косметический эффект.

НАШ ОПЕРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ.

К нам в клинику поступали больные, которые во многих случаях длительно задерживались в поликлиниках, где проходили консервативное лечение. Мы нередко наблюдали ясно выраженные флюктуирующие очаги, готовые часто к самопроизвольному вскрытию, а в некоторых случаях оперированные, но недостаточно радикально в виде небольших разрезов, напоминавших свищи с обильным гнойным отделяемым.

Большинство больных до поступления в клинику получали согревающие компрессы, ихтиоловые, грелки, синий овет, кварц, солюкс и проч.

Больные поступали и оперировались в следующие сроки от начала заболевания:

в 39 случаях на 1-ой неделе

" 48 " " 2-ой "

" 33 " " 3-ей "

" 17 " " 4-ой "

" 15 " " 5-ой "

" 6 " " 6-ой "

" 2 " " 7-ой "

Из 160 случаев, прошедших через нашу клинику, 140 подверглось оперативному вмешательству, 12 случаев лечилось бактериофагом, остальные 8 случаев лечились консервативно: солюкс, кварц, новокаиновый блок по Вишневокому, рентгенотерапия.

Учитывая форму процесса, локализацию его в грудной железе и способ оперативного вмешательства, материал наш распределяется следующим образом:<sup>x)</sup>

1. Больные с П-ой формой мастита с антемаммарной локализацией (33 человека). Наиболее часто применявшийся способ оперативного вмешательства при этой форме и локализации приходился на радиарные разрезы по Ангереру, при-

x) Разработанный по клиническим формам весь наш материал приводится в сводных таблицах в концентдиссертации.

чем повторных вмешательств мы здесь не имели. На эту группу больных среднее количество дней пребывания на койке достигало 5,8, при максимуме 10 и минимуме 3. (См. табл. № 1).

ТАБЛИЦА № 1.

Способ вмешательства.	Количество случаев.	Повторные вмешательства:			Количество койко-дней		
		Одно-крат.	Дву-крат.	Трех-крат.	Средн.	Максимум.	Минимум.
Способ Ангерера.....	30	-	-	-	5,8	10	3
Способ Вишневогого...	1	-	-	-	4,0	-	-
Разрез по окружности желез.....	1	-	-	-	6,0	-	-
Фаготерапия..	1	-	-	-	4,0	-	-

II. Больные с II-ой формой мастита с интрамаммарной локализацией (71 человек). Здесь мы, как видно из табл. № 2, применяли различные способы оперативного вмешательства, причем в некоторых случаях вынуждены были повторно вмешаться, особенно при разрезах окружности железы. Среднее количество дней пребывания на койке до 16.

ТАБЛИЦА № 2.

Способ вмешательства.	Количество случаев.	Повторные вмешательства			Количество койко-дней		
		Одно-крат.	Дву-крат.	Трех-крат.	Среднее	Максимум	Минимум.
Способ Ангерера.....	42	9	-	-	16,0	64	5
Способ Вишневогого...	10	3	-	-	15,4	28	3
Способ Варденгейера..	9	-	-	-	11,6	20	7
Разрез по окружности желез.....	2	2	-	-	7,0	7	6
Фаготерапия..	3	2	-	-	10,0	19	4

II. Больные с II-ой формой мастита - флегмоной грудной железы (34 человека). (См. табл. № 3). При этой форме, применяя способ Ангерера в 21 случае, мы вынуждены были в 9-ти из них произвести одно и двукратные повторные вмешательства. Среднее пребывание больной на койке 17,5.

ТАБЛИЦА № 3.

Способ вмешательства.	Количество случаев.	Повторные вмешательства:			Колич. койко-дней:		
		Одно-крат.	Дву-крат.	Трех-крат.	Среднее	Максимум	Минимум.
Способ Ангерера.....	21	6	3	-	17,5	50	4
Способ Вишне- вского.....	2	-	-	-	12,0	17	7
Способ Бар- денгейера...	7	-	-	1	18,7	35	10
Разрез по ок- ружности же- лезы.....	1	-	1	-	30,0	-	-
Фаготерапия..	3	3	-	-	27,0	29	24

1У. Больные с II-ой или III-ей формой мастита с интра-ретромаммарной локализацией (13 человек). (См. табл. № 4). Здесь в результате прорыва гнояника из грудной железы в ретромаммарное пространство имеется две полости, соединенные узким, иногда извилистым ходом. Обычными способами оперативного вмешательства мы не достигаем успеха в ликвидации гнояника, вследствие чего вынуждены нередко производить повторные добавочные разрезы. На 6 случаев оперативного лечения по способу Ангерера мы имели 4 однократных повторных вмешательства и 2 двукратных. Только при способе Барденгейера мы не имели повторных операций. Среднее коли-

чество дней пребывания больной на койке при оперативном вмешательстве по способу Ангерера 37,7.

ТАБЛИЦА № 4.

Способ вмешательства.	Количество случаев.	Повторные вмешательства:			Колич. койко-дней:		
		Однократ.	Двукрат.	Трехкрат.	Среднее	Максимум	Минимум
Способ Ангерера.....	6	4	2	-	37,7	49	20
Способ Вишневого.....	1	1	-	-	16,0	-	-
Способ Барденгейера....	2	-	-	-	13,0	19	7
Разрезы по окружности желез.....	4	-	1	-	20,0	54	5

Суммируя наш материал по способу оперативного вмешательства различных форм мастита, мы получили следующие данные (см. табл. № 5).

ТАБЛИЦА № 5.

Способ вмешательства.	Количество случаев	Повторн. вмешат.			% повторных вмешат.	Колич. койко-дн.		
		Однократ.	Двукрат.	Трехкрат.		Среднее	Максимум.	Минимум.
Радиарные разрезы - способ Ангерера.....	100	18	5	-	23,2	14,2	64	3
Способ Вишневого..	14	5	-	-	35,7	14,0	28	3
Разрез по окружности желез.....	8	2	1	1	50,0	19,0	54	15
Способ Барденгейера.	18	-	-	1	5,5	14,5	35	7

Анализируя каждый способ оперативного вмешательства, как видно из вышеприведенной таблицы, необходимо отметить, что наибольший % повторных операций приходится на разрез по окружности железы - 50%, затем 23% приходится на радиарные разрез, 35,7% - на способ Вишневого и, наконец, 5,5% - на способ Варденгейера.

СПОСОБ АНГЕРЕРА применялся нами в следующем виде: под общим обезболиванием производился широкий разрез радиарно и доску, после чего пальцем в перчатках обследовалась гнойная полость. Этим приемом мы получали представление о величине и протяженности полости, о наличии некротической клетчатки, которая тут же удалялась тупым или острым путем ножницами. Вынабливание полости острой ложкой, как это рекомендует А н г е р е р, мы избегали во избежание травмирования тканей. В случае необходимости производились контрпертуры также в радиарном направлении и операция заканчивалась выполнением гнойной полости сухими марлевыми тампонами и хорошо фиксирующей грудь повязкой.

В некоторых случаях мы промывали гнойную полость антисептическим раствором - меркуросептом.

Тампоны мы применяем в течение первых нескольких дней после операции, а затем переходим на бестампонное лечение. Непосредственно после разреза ими тщательно выполняется рана с целью гемостаза, впитывания гноя и зияния раневой полости. На 2-й день повязка в случае сильного промокания меняется, тампоны подтягиваются, разрыхляются и укорачиваются. Смена тампонов производится на 3-4 день. К концу первой недели после операции, при условии благоприятного от-

тока гноя, мы оставляем раны без тампонов.

Вредная привычка амбулаторных хирургов длительно применять тампоны при недостаточно раскрытой, но глубокой ране ведет к задержке гнойного отделяемого и, наоборот, к распространению его в глубину. Нам неоднократно приходилось видеть таких больных, которым в поликлинике были произведены разрезы по поводу мастита с небольшими ранами, туго тампонируемыми узкими длинными тампонами, служившими пробкой, задерживавшей гной. В таких случаях остаются свищи, которые при сообщении с млечным ходом образуют млечный свищ, из которого вместе с гноем течет молоко. Эти свищи бывают очень упорными и требуют нередко радикальных вмешательств.

Большое внимание должно быть уделено наложению иммобилизирующей повязки, посредством которой грудной железе создается совершенный покой. Хорошо и правильно наложенная повязка при начальных формах мастита может остановить развитие воспалительного процесса и даже купировать его.

После операции повязку должен накладывать сам хирург, а если он передоверяет ее кому-либо из персонала, то под его непосредственным наблюдением. Она должна поддерживать грудную железу, но не сдавливать ее. Этим обеспечиваются нормальные условия кровообращения.

К у з ь м и н<sup>26</sup> при маститах применяет лонгетную гипсовую шину, накладываемую под грудную железу на грудную клетку и подреберье в виде поддерживающей полочки.

После радиарных разрезов мы накладываем поддерживающую грудную железу повязку типа *suspensorium mammae*.

В других случаях при полукружных разрезах по способу Барденгейера для зияния раны и лучшего оттока гноя применяем клеоловую повязку, подвешивающую грудную железу к надплечьям. См. фото № 28,30, стр. 152, 152<sup>а</sup>.

При перевязках больных мы всегда обращаем внимание на цвет грануляций, количество отделяемого, состояние кожи и, в случае осложнений в течении процесса, считаем необходимым обязательное пальпаторное исследование груди, благодаря которому часто удается обнаружить инфильтрат в глубине железы или при надавливании на грудь - усиление выделения гноя из раны, что указывает на недостаточный отток гноя, наличие затека. Такая пальпация дает нам возможность выявить причину повышения Т и своевременно принять соответствующие меры к ликвидации осложнения.

Резиновые дренажи мы применяем вообще редко. В большинстве случаев ими пользовались при операциях по способу Барденгейера. При радиарных разрезах мы их избегаем, так как при этом способе они более интимно соприкасаются с железистой тканью и могут повести к развитию молочных свищей.

П е л ь ц - Л е й з д е н указывает, что разрезы почти всегда можно делать под местной анестезией хлор-этилом или *schleich* овской инфильтрацией. Редко, по его мнению, приходится прибегать к оперированию под эфирным опьянением.

Л у ш н и к о в настаивает на местной анестезии по способу Вишневского. Однако, вопрос об анестезии большинством авторов решен в пользу наркоза. Ш т и х и М а к -  
55  
к а с считают применение инфильтрационной анестезии при

операции по поводу мастита грубейшей ошибкой.

Мы также считаем более целесообразным производить эту операцию под общим обезболиванием, так как на основании одних клинических данных мы не всегда можем заранее до оперативного вмешательства определить степень распространенности нагноения вглубь железы, будет ли необходимость вскрыть другой выявившийся абсцесс или наложить контрапертуру, поэтому местная анестезия при мастите чаще всего суживает действия хирурга и вынуждает его быть более консервативным. Кратковременный же наркоз в виде эфирного или хлор-этилового рауша дает полную возможность произвести эту операцию с тщательным обследованием и обработкой гнойной полости и наложением контрапертур. В случае необходимости рауш может быть всегда продлен в эфирный наркоз.

В 173 случаях операций с повторными вмешательствами применен был эфирный наркоз в 78 случаях, хлор-этиловый рауш в 75 случаях, наркоз закисью азота в 7 случаях и местная анестезия в 13 случаях.

Какие формы мастита должны быть оперированы по способу Ангерера?

Анализируя 100 случаев мастита, оперированных в нашей клинике радиарными разрезами, приходится отметить, что не всегда этот способ был показан для тех форм, которые составляли эту группу больных. Это подтверждается большим % повторных вмешательств в виде добавочных разрезов и в связи с этим увеличением койко-дня в среднем до 23, в то время как койко-день для остальных случаев, где был показан этот способ, составлял в среднем 5.

В случаях II-й формы мастита с премаммарной локализацией или интрамаммарной с тенденцией распространения процесса к поверхности железы способ Ангерера давал нам хорошие результаты. Разрезом длиной соответствующей размеру абсцесса достигался хороший отток гноя. Раневая полость вскоре выполнялась здоровыми сочными грануляциями при общем хорошем состоянии больной. Здесь нам, в тех случаях, когда процесс протекал без образования новых абсцессов, почти не приходилось прибегать к добавочным разрезам и больные, не задерживаясь в клинике, с минимальным количеством дней пребывания на койке выписывались для дальнейшего амбулаторного лечения.

Другое положение создается, применяя этот способ оперативного лечения при II-ой флегмонозной форме мастита. Здесь с самого начала приходится делать 2-3 и больше разрезов, которые в глубине железы сообщаются между собой, при этом особенно неблагоприятно течение при прогрессирующем процессе, когда инфекция, распространяясь по интерстициальным промежуткам, образует все новые и новые гнойники. После, казалось, тщательного вскрытия первичного очага приходилось по мере выявления новых делать добавочные разрезы. *См. фото № 25 стр. 129<sup>о</sup>*

Особенно тяжело течение при этой же форме мастита, когда мы имеем нафаршированную мелкими гнойными очагами железу, при разрезе которой, как из губки, сочится гной. В таких случаях, как и при карбункуле, необходимо производить иссечение очага в пределах здоровых тканей, а из радиарного разреза это сделать не всегда возможно. Пред-



Фото №24 Элегона правой грудной железы,  
оперированная радиарным разрезом



Фото №25 Та же 8-ая через 12 дней с добавоч-  
ными радиарными разрезами в нижне-  
внутреннем квадранте

ложение Ангерера после разреза и освобождения гнойной полости от гноя разводить края раны и удалять омертвевшую клетчатку является при этой форме недостаточным, так как ввиду слабого образования здесь грануляционного вала (Войно-Ясенецкий) процесс продолжает прогрессировать. Что же касается предложения его выскабливать гнойную полость острой ложкой, то, по нашему мнению, этот акт является небезопасным, так как этим повреждается раневая ткань и может явиться моментом, способствующим дальнейшему распространению инфекции.

Для иллюстрации приведу следующую выписку из истории болезни, где мы имели ограниченный абсцесс 3-дневной давности, расположенный премаммарно, с гладким послеоперационным течением после радиарного разреза.

17. Б-ная М-ва 25 лет (ист. бол. № 1931) поступила в клинику 31.В.41г. с жалобами на боли в левой грудной железе, высокую Т, общее недомогание, плохой аппетит.

Родила первого ребенка 8 месяцев тому назад. Ребенка кормит грудью. Трещин на сосках не замечала. Три дня назад появилась припухлость и краснота в верхней половине левой грудной железы, повысилась Т. Последние две ночи не спала от сильных болей.

ОБЪЕКТИВНО. В верхне-наружном квадранте левой грудной железы близко к околососковому кружку имеется ограниченная припухлость и краснота. В области припухлости резкая болезненность и явная

флюктуация. На вершине припухлости кожа истончена, цианотична. В остальных участках железа мягкая, безболезненная. В левой подмышечной впадине увеличенные, слегка болезненные лимфатические железы. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

31.И в день поступления под записью азота произведен радиарный разрез от околососкового кружка к периферии желез длиной в 4-5 см. Вскрыта поверхностно расположенная полость, наполненная жидким гноем. Введен сухой тампон. Повязка.

При посеве гноя выращен золотистый стафилококк.

Послеоперационное течение гладкое. Т-норма. Общее состояние хорошее. Выписана на 4-й день с хорошо гранулирующей раной на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 7.1У рана поверхностная, покрыта чистыми грануляциями, хорошо эпителизирует.

К сожалению, не всегда одним радиарным разрезом может быть излечен мастит особенно при интрамаммарной локализации его. Очень часто образуются все новые очаги, требующие добавочных разрезов.

18. В-ная Стар-ва 21 года (ист. бол. № 2381) поступила в клинику 17.У-39г. с жалобами на боли и сильную припухлость в левой грудной железе. 10 дней назад в левой грудной железе появилось бо-

лезненное уплотнение, которое постепенно увеличивалось. Знобило. Температура до 39<sup>0</sup>. Лечилась амбулаторно компрессами. Ребенка кормит грудью.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа резко увеличена. Особенно сильно выражена припухлость в наружной половине грудной железы. Кожа здесь гиперемирована. При ощупывании отмечается резкая болезненность и ясно выраженная флюктуация в верхне-наружном квадранте.

Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

17.V - в день поступления операция под эфирным наркозом. Произведен радиарный разрез в наружно-верхнем квадранте с контрапертурой в наружно-нижнем квадранте. Выделилось большое количество гноя. Ткань железы инфильтрирована гноем наподобие карбункула. В рану введены сухие тампоны. Повязка.

Через день после операции состояние тяжелое. T-39<sup>0</sup>. Тампоны подтянуты и укорочены. Из раны большое количество гноя.

20.V. T-39,4. Состояние тяжелое. Обнаружен затек в наружно-верхнем квадранте: Под эфирным оглушением произведен разрез в наружно-нижнем квадранте по краю железы и расширение радиарного разреза в верхне-наружном квадранте. Выделилось большое количество гноя. Тампоны. Повязка.

В течение двух дней T продолжала держаться

на высоких цифрах, а затем снизилась до нормы.

Из ран обильное гнойное выделение.

31.V выписана на амбулаторное лечение.

3.VI больная снова поступила в клинику с высокой T и болями в левой грудной железе. При надавливании на грудь из ран выделяется большое количество гноя.

Под оглушающим эфирным наркозом произведено расширение всех ран, из которых выделилось большое количество гноя.

Дальнейшее течение сопровождалось субфебрильной температурой и обильным гнойным отделяемым.

10.VI. Выписана на амбулаторное лечение.

В данном случае у больной Стар-вой имело место флегмонозное воспаление паренхимы и стормы железы, протекавшее в виде карбункула с мелкими некротическими и гнойно расплавленными участками. Мы вынуждены были 3-кратно вмешаться. Однократным вмешательством в виде радиарных разрезов мы не раскрыли все гнойно-инфильтрированные ткани и не смогли остановить развитие воспалительного процесса, который привел к гнойному расплавлению большей части грудной железы.

Следующий случай иллюстрирует применение радиарных разрезов при ретромаммарном расположении гнойника.

19.Б-ная Дет-на 23 лет (ист. бол. № 6694) поступила в клинику 22.XII-38г. с жалобами на резкие боли и опухоль правой грудной железы. Заболела с 19.XII, когда появилась краснота и уплотнение кнаружи

от соска правой грудной железы. Вся грудь резко нагрубела. Т субфебрильная. Родила год назад. Ребенка кормит грудью.

ОБЪЕКТИВНО. Правая грудная железа увеличена, уплотнена и болезненна. Кнаружи от соска имеется краснота, в месте которой отмечается наибольшая болезненность. При пальпации ощущается флюктуация.

Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

22.XII под эфирным наркозом произведен радиарный разрез кнаружи от соска длиной в 5-6 см. Тушим путем введенным пальцем через толщу железы вскрыт ретромаммарно расположенный гнойник, из которого выделилось большое количество гноя. В верхне-наружном квадранте железы произведена контрапертура длиной в 4 см. Рана выполнена сухими тампонами.

Послеоперационный период в течение 8 дней протекал с Т временами до 39,9°, ознобом, головной болью при обильном гнойном отделяемом и отсутствии болей в груди.

30.XII. Под хлор-этиловым оглушением произведено расширение ран и добавочная контрапертура, после чего Т снизилась до нормы, грануляции стали более розовыми, но гнойные выделения из ран продолжали быть обильными.

7.1 6-ная выписана для амбулаторного лечения, но спустя 4 дня - 11.1 снова поступила в

клинику с жалобами на плохое самочувствие, повышенную по вечерам Т и обильные гнойные выделения из ран правой грудной железы.

При осмотре б-ной из ран сверху и снизу от соска при незначительном надавливании на грудь выделяется обильно гной.

В тот же день под хлор-этиловым наркозом расширены старые раны и произведены две контрапертуры внутри и снизу от соска. Выделилось большое количество гноя.

Дальнейшее течение сопровождалось временами ознобом с повышением Т. С 19.1 снизилась Т до нормы, выделения из ран уменьшились.

25.1 выписана на амбулаторное лечение.

Из вышеприведенных историй болезни видно, что радиарные разрезы по способу Ангерера в том виде, в каком они применялись у нас в клинике, могут быть рекомендованы в случаях ограниченных абсцессов, располагающихся пре или интрамаммарно. При прогрессирующих же флегмонозных формах или формах, напоминающих по течению карбункул железы, способ этот не показан. В этих случаях необходимо бывает делать несколько радиарных разрезов, сильно уродующих с одной стороны железу, с другой не дающих достаточного оттока гноя и отторжения некротической клетчатки.

Войно-Ясенецкий пишет, что „мы иногда бываем бессильны остановить упорно распространяющееся в железе нагноение и после нескольких операций со смущением видим „виз-

дорозевшую" женщину с обезображенной и атрофированной грудью, совершенно непригодной для кормления".

Таков нередко исход при радиарных разрезах.

При локализации гноя позади грудной железы при ретромаммарных маститах радиарные разрезы также не показаны, так как мы не получаем достаточного оттока гноя и кроме того вынуждены идти через неизмененную ткань железы. Часто при ретромаммарных маститах гной тягестью свисающей груди оттесняется кверху в верхнюю половину грудной железы. Тут и отмечается наибольшая флюктуация, поэтому и разрезы производятся здесь, что, конечно, бывает недостаточным для оттока, если не сделать хорошую контрапертуру в нижней половине грудной железы.

Радиарные разрезы, рубцово изменяя грудную железу, отражаются и на лактационной способности желез. Мы имели возможность наблюдать лактацию у больных, у которых эта операция была произведена несколько лет назад и поступивших к нам в клинику для операции по поводу мастита другой железы (см. ист. бол. № 7275, стр. 156). В такой рубцово измененной, оперированной в прошлом несколькими разрезами железе, молока выделялось меньше и явно не хватало для ребенка.

#### СПОСОБ ПОЛУЛУННЫХ РАЗРЕЗОВ.

Следующим применявшимся у нас способом оперативного вмешательства при гнойных маститах были полулунные разрезы по окружности желез наподобие разреза Барденгейера. Всего таких операций произведено было в девяти случаях.

Техника вмешательства заключалась в полулунном разре-

зе у основания железы соответственно пораженному воспалительным процессом квадранту. При этом вскрывался гнойник, в полость которого после опорожнения от гноя вводился тампон или резиновый дренаж. Отворачивания железы со вскрытием гнойника в самой железе, как это делается при операции Барденгейера, не производилось.

Из 8 оперированных таким образом больных в 3-х случаях было однократное повторное вмешательство, в 1-м случае - двукратное и в 1-м случае - трехкратное.

Таким образом, наибольшее количество повторных вмешательств мы имели при этом способе - 50%. Койко-день для этой группы больных составил в среднем 19. Максимально 54, минимально 15.

Привожу выписки из 2-х историй болезни больных, оперированных по этому способу.

20. В-ная Др-ская 20 лет (ист. бол. № 1238) поступила

В.У-39г. по поводу левостороннего послеродового гнойного мастита. 22.Ш - первые нормальные роды. С 24.1У появились сильные боли в левой грудной железе, вследствие чего перестала кормить ребенка. В конце апреля появились глубокие трещины на левом соске и болезненное затвердение в верхне-внутреннем квадранте железы.

ОВ'ЕКТИВНО. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной и брюшной полости отклонений нет.

Левая грудная железа резко увеличена в раз-

мерах. Кожа лоснящаяся, гиперемирована. При пальпации определяется ясно выраженная флюктуация в верхне-внутреннем и нижне-наружном квадранте.

ОПЕРАЦИЯ. 8.У под эфирным рауш-наркозом ПРОИЗВЕДЕНО 2 ПОЛУЛУННЫХ РАЗРЕЗА у основания железы, один - у верхне-внутреннего, другой у нижне-наружного квадранта. Выделилось большое количество гноя. ПОД ЖЕЛЕЗОЙ ОБА РАЗРЕЗА ТУПО СОЕДИНЕНИ И в раны введены марлевые сухие тампоны. Повязка. Сосок остался свободным для кормления.

Послеоперационное течение гладкое. Т-нормальная. Обильные гнойные выделения из ран.

14.У ввиду болезни ребенка выписывается для амбулаторного лечения.

25.У больная снова поступает в клинику по поводу болезненного и флюктуирующего инфильтрата в верхне-наружном квадранте левой грудной железы величиною с куриное яйцо и субфебрильной температуры.

Под эфирным рауш-наркозом ПРОИЗВЕДЕН РАДИАРНЫЙ РАЗРЕЗ через инфильтрат. Выделилось большое количество гноя. Тампон. Повязка.

27.У состояние хорошее. Т-норма. Жалоб нет.

29.У был резкий озноб. Т повисилась до  $39,6^{\circ}$ . Жалуется на боли в левой грудной железе. Имеется резкое покраснение. Назначен стрептоцид 0,5 x 5. На следующий день Т-норма. Общее состояние хорошее. Болей не отмечает.

1.У1. Т-37,8. При перевязке обнаружен болез-

ненный флюктуирующий инфильтрат в наружно-верхнем квадранте желез. Из старых разрезов умеренные гнойные выделения.

Под хлор-этиловым оглушением ПРОИЗВЕДЕН РАДИАР-  
НЫЙ РАЗРЕЗ по инфильтрату в наружно-верхнем квад-  
ранте. Выделилось большое количество гноя. Старые  
разрезы тупо расширены. Тампон. Повязка. Дальней-  
шее течение протекало при субфебрильной по вечерам  
температуре.

3.VI температура повысилась до 40,2, затем  
она снизилась. Общее состояние хорошее. 8.VI в  
хорошем состоянии с гранулирующими ранами с неболь-  
шим гнойным отделяемым выписывается для амбулаторно-  
го лечения.

21. В-ная Вор-на И.П. 26 лет (ист. бол. № 5029) поступила  
в клинику 1.УП-39г. по поводу правостороннего по-  
слеродового гнойного мастита. Полтора месяца назад  
были первые нормальные роды. Из родильного дома  
выписалась 30.V совершенно здоровой. 3.VI появились  
колющие боли в правой грудной железе. Обратилась  
к врачу, который ничего не нашел. 11.VI появилось  
болезненное уплотнение. Вызванный на дом врач на-  
значил дегтярную мазь на грудь. 15.VI обратилась к  
хирургу, который рекомендовал туго бинтовать грудь,  
прикладывать холод и не кормить этой грудью ребен-  
ка. С 25.VI приняла три сеанса кварца. Трещин на  
сосках не было.

ОБЪЕКТИВНО. Правая грудная железа резко увеличена

и болезненна при пальпации. В верхней и нижней половине имеется покраснение кожи и ясно выраженная флюктуация.

Органы грудной и брюшной полости без изменений.

2. УП под эфирным наркозом ПРОИЗВЕДЕН ПОЛУЛУЧНЫЙ РАЗРЕЗ у основания железы в верхней половине и другой такой же разрез в нижней половине. ОВА РАЗРЕЗА ПОД ЖЕЛЕЗОЙ ТУПО СОБДИНЕННЫ МЕЖДУ СОБОЮ. Выделилось большое количество гноя. Раны выполнены сухими тампонами. Повязка с оставлением соска наружу для кормления ребенка.

3. УП самочувствие удовлетворительное. Боли в грудной железе меньше. Т-39,1. Аппетит плохой.

5. УП - Т держится вечерами до 38°. Жалуется на ознобы. Повязка промокла гноем, сменена.

7. УП -Т вечером 38°. Самочувствие удовлетворительное, аппетит плохой. Во внутренней половине грудной железы отмечается болезненное флюктуирующее уплотнение.

Под местной анестезией (*Sol Novocaini*  $\frac{1}{2}\%$ ) - ПРОИЗВЕДЕН РАДИАРНЫЙ РАЗРЕЗ ПО ИНФИЛЬТРАТУ. Выделилось значительное количество гноя. В рану введен сухой тампон. Повязка.

13. УП. Самочувствие удовлетворительное. Температура субфебрильная по утрам, вечерами - повышается до 38-39,2°, знобит. Раневые поверхности покрыты вялыми с гнойным налетом грануляциями. Обильные гнойные выделения из ран. В наружной половине грудной железы обнаружена новая болезненная флюктуирующая

шая припухлость.

Под местной анестезией ПРОИЗВЕДЕН РАДИАРНЫЙ РАЗРЕЗ ДЛИНОЙ В 5 СМ. Вскрыта гнойная полость, из которой выделилось большое количество гноя. Сухой тампон. Повязка.

Дальнейшее течение без особых изменений. Т держится на высоких цифрах. Самочувствие плохое, жалуются на слабость, головную боль, плохой сон и аппетит.

19.УП обнаружен затек гноя в толще желез. Под эфирным наркозом ПРОИЗВЕДЕНО ТРИ РАДИАРНЫХ РАЗРЕЗА в нижне-внутренней и верхней половинах желез. Выделилось много гноя. В раны введены сухие тампоны. Повязка.

В дальнейшем, в течение месяца пребывания в клинике, самочувствие постепенно улучшалось. Т снизилась до нормы. Из ран долго выделялся гной в значительном количестве. Железа уменьшилась, менее инфильтрирована. Тампоны заменены резиновыми дренажами.

20.УШ. Резиновые дренажи из ран удалены. Гноя мало. Общее состояние хорошее. Раны выполнены хорошими грануляциями.

23.УШ. Из ран, где были дренажи, выделяется мутная серозная жидкость, смешанная с молоком.

Б-ная выписывается на амбулаторное лечение.

Анализируя вышеприведенные истории болезни, видно, что как в одном, так и в другом случае, применив полулунный разрез по окружности железы соответственно пораженному квад -

ранту, мы не достигли выздоровления однократным вмешательством и вынуждены были закончить лечение добавочными разрезами. Способ этот потребовал наибольший % повторных вмешательств. При нем в сущности вскрывается только прорвавшийся под железу в ретромаммарное пространство затек, который образовался в результате гнойного воспаления той или иной доли железы. Первичный же и основной гнойный очаг в самой железе остается существующим и нетронутым, продолжает прогрессировать, то временами затихая, то снова обостряясь. И только добавочными радиарными разрезами мы достигли вскрытия основного гнойного очага и этим дали достаточный отток гною.

Разрез этот пригоден только при чистых формах ретромаммарных абсцессов, когда гнойник локализуется в клетчатке позади неизменной грудной железы.

Таким образом, несмотря на стремление получить при этом способе косметический эффект, мы не только не добились этого, но, наоборот, неоднократно повторными вмешательствами получили обратный эффект обезображивающими рубцами и кроме того удлиннили срок пребывания больной на койке. /Сам. фото №26 стр. 142°/.

Необходимо отметить, что местное обезболивание, примененное во 2-м случае, при повторных операциях оуживало свободу действий хирурга, не давало возможности должным образом обследовать железу и широко вскрыть все имевшиеся гнойные очаги. В этих случаях, как уже отмечено было нами, лучше всего пользоваться общим обезболиванием.



Фото № 25 Рубцова - сморщенная грудная  
железа после перенесенного  
мастита, оперированного  
полукружным и радиарными  
разрезами.

Операция ПО СПОСОБУ ВИШНЕВСКОГО применена была нами в 14 случаях, из них в 5-ти случаях было однократное повторное вмешательство - 35,7%. Среднее количество койко-дней для этих больных оставляло 14.

Операция производилась, как рекомендует проф. Вишневский<sup>7</sup>, под местным обезболиванием следующим образом: из 2 или 3 точек у основания железы вводился под грудную железу  $\frac{1}{2}\%$  раствор новокаина в количестве около 200 куб. см. Кроме того анестезировалась кожа по ходу будущего разреза. После этого производился широкий разрез над инфильтратом в радиарном направлении, не доходя до пигментного околоосового кружка, вскрывалась и опорожнялась гнойная полость. Затем производилось обследование пальцем в перчатках гнойной полости, некротическая клетчатка удалялась и все имевшиеся перемычки разрушались. Таким образом создавалась одна большая полость. В случае необходимости, для благоприятных условий оттока гноя делались контрапертуры. Гнойная полость обрабатывалась спиртом и плотно выполнялась тампонами, обильно пропитанными эмульсией Вишневского.

Первая перевязка - подтягивание или смена тампонов - производилась на 3-4 день после операции.

Наши наблюдения над этим способом оперативного вмешательства вполне совпадают с мнением проф. Вишневского, который видит в применяемых масляно-бальзамических тампонах длительный неспецифический раздражитель периферических нервов, дающий быстрый и хороший рост грануляций. Но с другой стороны способ этот не гарантирует больную от повторных вмешательств. Без применения тампонов с эмульсией это есть

способ Ангерера со всеми его достоинствами и недостатками.

Для иллюстрации приведу выписку из истории болезни больной с интрамаммарным маститом с гладким послеоперационным течением, не потребовавшим дополнительных вмешательств.

22. Б-ная Пе-ва 24 лет (ист. бол. № 1380), кормящая мать, родила 3 недели тому назад первого ребенка.

28. II. 41 г. амбулаторно обратилась в клинику по поводу правостороннего мастита. Заболевание началось 4 дня назад с озноба, повышенной Т до  $39^{\circ}$  и сильных болей в правой грудной железе. На следующий день появилось затверждение во внутренней половине правой грудной железы и Т повысилась до  $40^{\circ}$ . Молоко сцеживала несколько раз в день. Через 2 дня Т снизилась до  $37,2$ , а затверждение в грудной железе увеличилось. ОБЪЕКТИВНО. В левой половине правой грудной железы прощупывается плотный безболезненный инфильтрат величиной с яблоко средней величины с слегка гиперемизированной над ним кожей.

Е-ную решено было вести консервативно по Вишневному и применять рентгенотерапию.

28. II был сделан короткий новокаиновый блок. В ретромаммарное пространство введено 100 куб. см.  $\frac{1}{2}\%$  раствора новокаина. На грудную железу компресс с эмульсией Вишневого.

1. III проведена рентгенотерапия и наложен компресс.

3. III рентгенотерапия. Т - субфебрильная, самочувствие хорошее, инфильтрат безболезнен, но несколько

увеличился в размерах.

4.И. Т повысилась до 39° и 5.И при Т-38,5 б-ная госпитализирована для оперативного вмешательства.

Правая грудная железа резко увеличена за счет внутренней половины. Прощупывается мало болезненный инфильтрат, занимающий почти всю внутреннюю половину грудной железы с гиперемией кожи над ним.

5.И операция под местной анестезией по Вишневскому. В ретромаммарное пространство введено 200 куб.см. 1% новокаина. Кожа в радиарном направлении между верхне-внутренним и нижне-внутренним квадрантами инфильтрирована новокаином. Произведен радиарный разрез от околососкового кружка почти до периферии железы длиной в 10 см. Выделилось большое количество жидкого гноя. При обследовании гнойной полости пальцем установлено, что она распространяется вправо позади околососкового кружка и соска в наружную половину железы и верху, разделенная перегородками на несколько камер. Все эти перегородки тупо разделены, после чего образовалась одна полость, которая обработана спиртом и плотно выполнена тампонами с мазью Вишневского.

Операцию перенесла хорошо, болей не было.

Послеоперационное течение гладкое. На 4-й день после операции сделана 1-я перевязка. Сменены тампоны. Инфильтрат значительно уменьшился.

8.Ш выписана на амбулаторное лечение в хорошем состоянии с нормальной Т.

Амбулаторная явка 16.Ш. Общее состояние хорошее. Т норма. Болей нет. Сцеживает молоко. Рана выполнена сочными грануляциями, полость уменьшилась, гноя в ране нет.

8.У1 - полное заживление.

Следующая выписка иллюстрирует случай с интрамаммарной локализацией мастита, захвативший большую часть железы, оперированный по способу Вишневого. В послеоперационном периоде потребовалось дополнительное хирургическое вмешательство ввиду появившегося нового инфильтрата и возникшего нагноения и некроза ретромаммарной клетчатки, отошедшей в виде секвестра через образовавшийся свищ.

23.Б-ная Ус-ва 43 лет (ист. б-л. № 938) поступила в клинику 11.П с жалобами на сильные боли в правой грудной железе, высокую Т, общее недомогание.

15.ХП были нормальные 9-тые по счету роды. Ребенок жил 28 дней и умер от воспаления легких. Кормила, как и предыдущих детей, грудью. Трещин на сосках не отмечала. Маститом в прошлом не болела.

2.П через 19 дней после смерти ребенка появилось болезненное затвердение в наружной половине правой грудной железы. Т повысилась до  $39^{\circ}$ , был озноб. Безпокоили сильные боли. Лечилась компрессами. С каждым днем припухлость железы и боли нарастали. Общая слабость. Аппетита нет.

ОБЪЕКТИВНО. Состояние тяжелое, вялость. Пульс частый. Т-39,0. Язык обложен, суховат. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Правая грудная железа резко увеличена, кожа гиперемирована. Припухлость и краснота выражены больше в наружной половине. При опущивании определяется большой болезненный инфильтрат, занимающий всю наружную половину правой грудной железы, распространяющийся до основания железы и под околососковый кружок. На границе между верхним и нижним наружным квадрантом определяется флюктуация.

11.П - операция по Вишневокому. В ретромаммарное пространство из 2-х точек введено 200 куб.см.  $\frac{1}{2}$ % новокаина. На границе верхне-наружного и нижне-наружного квадрантов анестезия кожи в радиарном направлении. Произведен радиарный разрез длиной в 10 см. от наружного края железы до околососкового кружка.

Вскрыта большая гнойная полость, разделенная перегородками на несколько камер. Одна перегородка острым путем иссечена, другие, более тонкие, разделены тупым путем. Некротическая ткань удалена острой ложкой. Полость обработана спиртом. Введен тампон с эмульсией Вишневокого. Повязка.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

12.П. Т-39,7. Общее недомогание, аппетита нет.

Боли почти не беспокоят. Повязка промокла кровью, смешанной с эмульсией Вишневского.

Гемограмма от 12. II: Нв-65%, эритро. 4.630.000, лейкоц. 20.400, эозин. 0,5, пал. 24,5, сегм. 63, лимфоц. 17, моноц. 6, РОЭ -57мм.

14. II. Незначительные боли в правой грудной железе. Повязка промокла кровью с эмульсией и гноем. Т держится вечерами до 38,5. Сменены верхние слои повязки. У наружного края грудной железы незначительная припухлость на грудной клетке.

16. II. Т вечером 38,0. Беспокоят боли, спит плохо. Перевязка. Удалены тампоны, пропитанные небольшим количеством гноя.

На дне раны грязноватая поверхность, местами появляются грануляции.

По периферии правой грудной железы и снаружи на грудной клетке небольшая припухлость в подкожной клетчатке. Выше раны болезненный инфильтрат в толще грудной железы с гиперемией кожи.

18. II припухлость снаружи от грудной железы увеличивается. В инфильтрате определяется флюктуация.

Под местной новокаиновой анестезией произведен дополнительный разрез. Выделился видный гной. В области припухлости снаружи от грудной железы гной прорвался самопроизвольно. Из разреза и из свища отошли кусочки омертвевшей клетчатки. В раны введены тампоны с мазью Вишневского.

В дальнейшем течении в ранах появились хорошие грануляции, гноя значительно меньше. Общее состояние хорошее. Жалоб нет.

23. II. Раны выполняются сочными грануляциями. Гноя почти нет. Т повысилась до 39°. Новых инфильтратов, затеков не определяется. Тампоны с мазью Вишневского сменены.

Гемограмма от 25. II: Нв - 67%, эритро. 4.590.000, лейкоц. 9000, эоз. 0,7, пал. 16, сегм. 50, 6, лимфоц. 24,7, моноц. 8, РОЭ 41 мм.

28. II в хорошем состоянии, с нормальной Т, с ранами, выполняющимися сочными, яркими грануляциями выписывается на амбулаторное лечение.

4. III амбулаторная перевязка. Общее состояние хорошее. Раны выполняются хорошими грануляциями. Гноя очень мало.

СПОСОБ ВАРДЕНГЕЙМЕРА применен был у нас в клинике по предложению д-ра Гектина Ф. Л. В 16 случаях из 18-ти, оперированных по этому способу, мы произвели иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей, но без глухого ява. Иссечение инфильтраты были гистологически исследованы. В большинстве случаев он применялся при тяжелых формах мастита, глубоко располагающегося интра и ретромаммарно.

Впечатления наши от этого способа оперативного лечения остаются самыми благоприятными. Одним радикальным вмешательством мы освобождаем больную от болезненного очага, после чего устанавливается нормальная Т и быстро улучшается состояние больной. Повторные вмешательства при этом спо-

особе оперативного лечения мы имели только один раз и то в очень тяжелом случае множественных <sup>н</sup>итрамаммиарных абсцессов, а время пребывания больной на койке самый минимальный из всех других применявшихся хирургических способов (в сред - нем 14, 2).

Технически операция выполнялась следующим образом: под общим обезболиванием производился разрез по окружности железы соответственно пораженному квадранту. Грудная железа отпрепаровывалась от фасции большой грудной мышцы и вывертывалась "наизнанку" таким образом, что раневая поверхность обращена была вперед. После этого на задней поверхности железы в радиарном направлении производился разрез абсцесса, который освобождался от гноя и затем иссекался инфильтрат в пределах здоровых тканей наподобие иссечения карбункула.

Иногда, если удавалось, иссечение инфильтрата производилось без предварительного вскрытия гнойника. В рану вводились сухие тампоны и грудная железа укладывалась на место. В случаях наличия в железе больших гнойных полостей, мы предварительной инцизией-пункцией через кожу опорожняли полость от гноя, после чего приступали к операции. Этим приемом мы уменьшали напряженность в железе и облегчали момент откидывания железы вверх после отделения ее от фасции большой грудной мышцы.

В некоторых случаях мы грудную железу на 1-2 дня оставляли вывернутой с целью иметь возможность при первой перевязке исключить необходимость добавочного разреза, а затем укладывали ее на место.

К ю т т н е р упоминает о способе Ф л е ш - Т е б е з и -

у с а, который для удержания железы в отвернутом положении и зияния раны после вскрытия гнойников в течение нескольких дней подвешивает грудную железу с помощью двух полосок липкого пластыря, идущих со спины через надплечья. Эти две полоски заканчиваются двумя шелковыми нитями, проведенными через паренхиму железы. Если необходимо в течение этого времени произвести добавочные разрезы, то они проводятся со стороны раневой поверхности без анестезии, так как железа не чувствительна.

Мы подвешиваем грудную железу клеоловой наклейкой к надплечьям для зияния раны. Такая наклейка особенно показана при сильно развитой и отвисшей грудной железе, которая своей тяжестью затрудняет отток гноя, кроме того с помощью ее удается сопоставить края раны для лучшего и быстрого заживления. В такой повязке вырезывается соответственно соску отверстие, через которое больная может кормить ребенка грудью. ( См. фото № 27,31, стр. 152 ).

24. Б-ная Мал-ич 30 лет ( ист. бол. № 7297 ) поступила в клинику 24.ХП-40г. с жалобами на опухоль и сильные боли в левой грудной железе, от которых не спала 5 ночей.

5 месяцев назад родила 3-го ребенка. Кормила грудью. Бодки во время беременности не готовила. Сразу после родов были трещины на сосках, которые быстро зажили. Б-ная часто мила грудь. З.ХП заметила в нижне-наружном квадранте болезненное затверждение, которое от прогревания исчезло. Через 5 дней снова появилось затверждение, Т повысилась до 39,9, были ознобы, потеряла аппетит. Лечилась амбу-



Фото №27 Клеонова повязка, подвешивающая  
грудную железу с отверстием, соответствующим  
соску для кормления ребенка



Фото №28 Клеонова повязка, подвешивающая  
грудную железу с надплечью.



Фото №29 Сопоставление краев раны при разрезе Барденгейера



Фото №30 Подвешивание грудной железы клеоловой повязкой к надплечью для заживления раны



Фото №31 Клеоловая повязка, прикрепленная к противоположному надплечью через спину для сопоставления краев раны.

латорно синим светом.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Левая грудная железа значительно больше правой, главным образом за счет нижне-наружного квадранта. Кожа в нижней половине грудной железы гиперемирована. В толще нижней половины железы просупивается плотный болезненный инфильтрат. В центре его несколько ниже соска определяется флюктуация.

24. XII операция под эфирным наркозом. Произведен полукружный разрез вокруг нижней половины грудной железы длиной 8 см. Грудная железа отпрепарована от фасции большой грудной мышцы и вывернута "наизнанку". Со стороны задней поверхности иссечен инфильтрат в пределах здоровых тканей; в одном месте он рассечен и вскрыта полость, из которой выделилось немного густого гноя. Тампон. Повязка.

При посеве гноя выделен гемолитический стафилококк. На следующий день, 25. XII, общее состояние хорошее. Боли только при движении рукой. Повязка промокла.

26. XII. Состояние хорошее. Болей нет. Т - норма. При перевязке тампоны удалены. Раневая полость чистая. На поверхности ее местами небольшое кровотечение. Гноя нет. Грудная железа подвешана клеоловой наклейкой. В рану введены тампоны.

Гемограмма от 26. XII: Нв-70%, эритро. 4.570.000,

лейкоц. 8.000, эозин. 2, 7, пал. 4, сегм. 71, 3, лимфоц. 15, 8, моноц. 6, 7, РОЭ-15мм.

29.ХП. Общее состояние хорошее. Т-норма. Жалоб нет. Повязка обильно промокла гноем сине-зеленого цвета. Раневая поверхность уменьшилась. Поверхность ее чистая. Тампоны удалены. Края раны на одном уровне. Клеоловая повязка хорошо удерживает грудь. КОРМИТ РЕБЕНКА ВОЛЬНОЙ ГРУДЬЮ.

Дальнейшее течение гладкое. Т все время нормальная. Раневая поверхность выполняется хорошими грануляциями. Раневые края прилегают друг к другу. Клеоловая повязка все время хорошо удерживает грудную железу.

Временами при большом скоплении молока в грудной железе повязка промокает молоком, смешанным с гноем.

3.1.41г. Выписана на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 6.1 общее состояние хорошее. Рана значительно уменьшилась. С момента выписки повязка перестала промокать молоком.

9.1. Раневая поверхность почти эпителизирована. Кормит грудью.

25. В-ная Гун 23 лет (ист. бол. № 2308) поступила в клинику 19.1V.41г. с жалобами на опухоль и боли в правой грудной железе. Родила 8.III впервые. Через 3 дня после родов появились трещины на сосках. С 22.III в правой грудной железе появились боли и припухлость. Т повысилась до 39°. После сцеживания молока Т упала

на до  $37^{\circ}$ , грудь стала мягкой, безболезненной. На обеих грудных железах, особенно правой, появились небольшие фурункулы.

С 3.1V в нижней половине правой грудной железы появилось затверждение величиной с грецкий орех, безболезненное, без Т. Массировала грудь. Затверждение увеличивалось, временами познабливало.

С 13.1V появились боли. Затверждение стало еще больше.

С 19.1V кожа над затверждением покраснела, Т повысилась до  $38,3^{\circ}$ .

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. На обеих грудных железах имеются розовые и цианотичные рубцы от бывших фурункулов.

В толще нижней половины правой грудной железы просупывается плотный болезненный инфильтрат величиной с куриное яйцо, с гиперемизированной над ним кожей. Инфильтрат располагается у периферии железы, далеко от соска.

19.1V под местной анестезией (*Sol Novocaini*  $\frac{1}{2}$ ) в ретромаммарное пространство, под кожу разреза и в окружность инфильтрата) разрез Барденгейера длиной около 10 см. Произведена отпрепаровка инфильтрата от кожи и иссечение его в пределах здоровых тканей. При этом он был вскрыт и выделилось много гноя.

Рана промыта риванолеом, выполнена тампоном Микулича и уменьшена наложением двух кожных швов с краев. При посеве гноя выращен золотистый гемолитический стафилококк.

21.1У. Т норма. Болей нет. Повязка немного промокла кровью. КОРМИТ БОЛЬНОЙ ГРУДЬЮ.

23.1У. Т норма. Состояние хорошее. Болей нет. Тампон удален и заменен другим. Стделяемого мало.

26.1У. Т норма. Общее состояние ~~хорошее~~. Из больной груди через 6 часов сцеживает около 50,0 молока. Грудная железа мягкая, безболезненная. Тампон удален. Грануляциисочные, розовые. Выписывается домой.

7.У на амбулаторной перевязке рана совсем поверхностная. КОРМИТ БОЛЬНОЙ ГРУДЬЮ. Т норма, состояние хорошее.

26.В-ная Руд-х 24 лет (ист. бол. № 7275) поступила в клинику 23.ХП-40г. с жалобами на боли в левой грудной железе, воспалительную опухоль в нижней половине ее и Т 38,5.

В-ная - кормящая мать; ребенку 1г.2 м. 12.ХП заметила трещину на левом соске. Перестала кормить этой грудью и стала сцеживать молоко. 14.ХП появилось затвердение и боли в нижней половине грудной железы. Т повысилась до 39<sup>0</sup>. Применяла согревающие компрессы. Припухлость увеличивалась, лихорадка держалась, были ознобы. Вчера появилась краснота.

В 1937 г., когда первому ребенку было 5 месяцев, больная лежала в больнице по поводу ПРАВОСТОРОННЕГО

гнойного мастита. Один разрез был сделан амбулаторно и 4 в стационаре. Болела в течение 5½ месяцев. 2 месяца была повышенная Т.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, удовлетворительного питания, правильного телосложения. На правой грудной железе имеется 4 радиарных рубца после бывшей 3 года назад операции. (Больная кормит правой грудью, но до забоевания левой грудной железой молока из нее отделялось значительно меньше, чем из левой). Левая грудная железа резко увеличена в объеме, припухлость больше выражена в нижне-наружном квадранте. Кожа гиперемирована. При опупывании определяется плотный болезненный инфильтрат во всей толще железы, распространяющийся в нижней половине, заходя выше соска.

Органы грудной и брюшной полости без отклонений от норм.

23.II. Под эфирным наркозом полукруглый разрез по Барденгейеру в области наружно-нижнего квадранта левой грудной железы. Железа отслоена кверху, кнутри и отвернута. Инфильтрат с плотными толстыми стенками иссечен в пределах здоровых тканей. При посечении вскрыта небольшая гнойная полость, из которой выделялось немного густого гноя.

При бактериологическом исследовании обнаружен гемолитический стрептококк.

25.II. Самочувствие удовлетворительное. Волдырей нет. Т норма. Повязка обильно промокла гноем. При перевязке удален тампон. В ране на месте удаленного инфильтрата чистая раневая поверхность. Рана

оставлена без тампонов. Грудная железа положена на место и подвешена клеоловой тягой. Сухая повязка.

28.XII. Общее состояние хорошее. Повязка мало промокает. Т 37,8.

28.XII. Состояние хорошее. Жалоб нет. Края раны частично склеились. Тушиными крестиками грудная железа насильственно приподнята, причем склеившиеся грануляции разошлись. Между ними обнаружена полость, из которой выделяется густой гной. В полость введен тампон. Грудная железа подвешена клеоловой тягой. Дальнейшее течение гладкое. Тампон через день удален. Рана выполняется сочными яркими грануляциями. Отделяемого мало. Края раны расположены друг против друга.

2.1. выписана на амбулаторное лечение.

3.1 явилась амбулаторно. Общее состояние хорошее. Повязка мало промокла. Грудная железа лежит хорошо. Края раны соприкасаются, склеились. КОРМИТ БОЛЬНОЙ ГРУДЬЮ.

Вышеприведенные случаи иллюстрируют II-ую форму мастита-ограниченный абсцесс с интрамаммарной локализацией, ликвидированные иссечением абсцессов в пределах здоровых тканей по способу Вартенгейера с гладким послеоперационным течением и закончившиеся полным выздоровлением в среднем через 16 дней после операции. Количество дней, проведенных в клинике, у первой больной было 10, у второй 7 и у третьей 11.

При III-ей флегмонозной форме мастита, когда в толще грудной железы в результате распространения инфекции по интерстициальным промежуткам появляются один за другим новые и новые гнойники самостоятельные или сообщающиеся между собой, радиарными разрезами или другими способами лечения бывает иногда трудно остановить процесс. По мере выявления нового гнойника производятся добавочные разрезы. Длительность течения и повторность вмешательства в конечном итоге ведут к рубцовому сморщиванию всей железы или отдельных долек и потере функции ее. В этих случаях наиболее показан способ Барденгейера с иссечением очага в пределах здоровых тканей.

Ниже приводится выписка из истории болезни 3-ей формы мастита больной, оперированной вначале радиарными разрезами, а затем способом Барденгейера.

2.Б-ная ТОЛ-ВА 30 лет (ист. бол. № 6883) поступила в клинику 1.ХП-40г. по поводу левостороннего послеродового гнойного мастита и рожистого воспаления.

14.1X были вторые нормальные роды. На 9-й день после родов, еще будучи в родильном доме, в левой грудной железе начались боли, появился инфильтрат и повысилась Т. Б-ная по собственному желанию выписалась из родильного дома. 2.X в поликлинике под местной анестезией был сделан разрез. Тампон не вводился.

10.X снова появился инфильтрат и повысилась Т. Рана к этому времени почти закрылась. 27.X по рауш-наркозом было сделано еще два разреза. Раны велись с тампонами, выделялось много гноя. В области первой раны снова появился инфильтрат, который под влиянием

тепла уменьшился. 28.XI из верхней раны удален тампон. 30.XI начался озноб, повысилась Т до 40,5, усилились боли в железе.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. В верхней половине левой грудной железы имеются три раны, две во внутреннем квадранте и одна в наружном. Раны почти полностью закрылись. В нижней ране внутреннего квадранта бледные стекловидные грануляции. Из глубины выделяется небольшое количество гноя. В окружности ран припухлость и краснота кожи с резкими границами, краснота имеет вид географической карты, язвы ее опускаются и на нижнюю половину грудной железы. В толще верхней половины грудной железы прощупывается малоболлезненный плотный инфильтрат.

Гемограмма от 3.XII: Нв 60%, эр.3.520.000, лейкоц. 9.400, эозин.2, пал.36,5, сегм.46,5, лимфоц.12,5, моноц.2,5, РОЭ-20 мм.

В течение первых 10 дней пребывания в клинике больная получала кварцевое облучение и солюкс на левую грудную железу, внутрь - стрептоцид.

11.XII озноб. Т - 39,0. Жалобы на боли в левой грудной железе. При надавливании на железу из ран выделяется гной. В толще наружно-нижнего квадранта прощупывается болезненный инфильтрат.

ОПЕРАЦИЯ. Под эфирным наркозом произведен разрез по Барденгейеру в области ниже-наружного квадранта.

Грудная железа отпрепарована от фасции большой груд-

ной мышцы и отвернута. На задней поверхности ее вскрыт инфильтрат. Из центра инфильтрата выделился жидкий гной. Инфильтрат, распространяющийся в верхнюю половину железы к старым рубцам, иссечен в пределах здоровых тканей. Под грудную железу рыхло введены тампоны. Повязка.

13.XII. Общее состояние удовлетворительное. Т нормальная. Болей нет. При перевязке удалены все тампоны. Раневая поверхность чистая, слегка кровоточит. Под грудную железу рыхло введены тампоны.

16.XII. Отмечает небольшие боли в грудной железе. Т 37,4, вчера вечером 38,4. Повязка промокла гноем. Имеется ограниченная болезненная припухлость в верхнем квадранте. Поверхность раны чистая, дно ее не сообщается с областью припухлости в верхнем квадранте. Пинцетом Пеана тупо пройдено через дно раны в припухлость, выделилась темная кровь (гематома), гноя нет. Припухлость тут же исчезла. Под грудную железу в рану введен тампон с гипертоническим раствором.

Гемограмма от 16.XII: Нв 55%, эр. 3.700.000, лейкоц. 15.800, эоз. 1, пал. 16,6, сегм. 64,5, лимфоц. 16, моноц. 2, РОЭ 58 мм в 1 час.

Дальнейшее течение гладкое при нормальной температуре, общем хорошем состоянии.

21.XII и 26.XII перелито по 200 куб.см. крови. Раневая поверхность выполняется сочными грануляциями. Грудная железа подвешена клеювой повязкой для лучшего прилегания краев раны.

27.XII выписывается для амбулаторного лечения.

Следующая выписка из истории болезни иллюстрирует случай II-ой формы мастита с несколькими гнойными полостями, леченный вначале бактериофагом без эффекта, а затем оперированный способом Барденгейера.

28. Б-ная ШЕМ-ВА 26 лет (ист. бол. № 2412) поступила в клинику 24.1У.41г. по поводу правостороннего гнойного мастита.

16.XI.40 г. родила второго ребенка. Кормила грудью. Трещин на сосках не было. 19.Ш ребенок умер, после чего молоко сразу пропало. Вскоре в наружной половине правой грудной железы появилось болезненное затверждение, которое при массировании груди исчезло, но затем вновь появилось 3.1У после стирки белья на реке, Т повысилась до 38,7<sup>0</sup>, припухли суставы. Лечилась от ревматизма, припухание суставов уменьшилось, но вследствие болей в руках больная перестала массировать груди и затверждение увеличилось. За последнюю неделю в нижней части уплотнения появилась краснота и началось размягчение. Болей в грудной железе нет. Т все время держалась повышенной.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Язык обложен. Т 39,0. Пульс 90 в' удовлетворительного наполнения. Правая грудная железа значительно больше левой. Резкая припухлость с гиперемией в наружной ее половине. В центре ее участок некроза с намечающимся свищем. При ощупывании определяется инфильтрат, занимающий верхне-наружный квадрант и часть

нижне-наружного. В нескольких местах отчетливая флюктуация. Ощупывание инфильтрата почти безболезненно.

25.1У в месте намечающегося свища произведена пункция. Аспирировано около 100 куб.см.гноя. На месте удаленного гноя образовалось западение. В полость введена смесь стрепто и стафилофага.

26.1У. Т 38,8. Болей нет. Из свища на месте пункции выделилось немного гноя. Флюктуация в наружной половине грудной железы. Гиперемия кожи меньше.

28.1У. Т 38,7. Appetit плохой. Болей нет. Общее состояние удовлетворительное.

Дефект кожи в нижне-наружном квадранте увеличился. В верхней половине грудной железы гиперемия с цианотическим оттенком. Флюктуация. Пункция. Аспирировано около 50 куб.см.гноя. Введена смесь стрепто и стафилофага.

29.1У. Т 38,0. Appetit плохой. Болей нет. Из свища выделяется много гноя. Кожа гиперемирована.

В наружной половине грудной железы инфильтрат уходит в толщу железы и кнутри за сосок, местами намечаются очаги размягчения.

Ввиду отсутствия эффекта лечением бактериофагом, решено произвести оперативное вмешательство.

29.1У под эфирным наркозом разрез Барденгейера, обходя грудную железу снаружи. Грудная железа отпарована от фасции большой грудной мышцы и отвернута

кверху. Иссечены стенки очагов, наполненных гноем. Во время иссечения инфильтрата обнаружено несколько полостей. Стенки очагов представляют инфильтрат, содержащий местами гнойные полости и ходы. В результате иссечения образовалась большая раневая полость. В наружной половине грудной железы инфильтрат подходит к самой коже (один из очагов прорвался наружу, в этом участке дефект некротизированной кожи в виде овального отверстия). Грудная железа положена на место. В рану введено несколько больших сухих тампонов. Повязка.

30.1V. Т 37,3. Небольшие боли в ране при движении правой рукой. Ночь спала.

3.V. Т 36,8. Общее состояние хорошее. Болей нет. Аппетит хороший. Повязка мало промокла. При перевязке из раны свободно отшел ослизлый тампон. Поверхность раны покрыта хорошими грануляциями. Гноя почти нет. В рану введен небольшой тампон.

10.V. Т норма. Свободно отшел тампон. Гноя нет. Грануляции свежие. Рана оставлена без тампона.

14.V. Т норма. Состояние хорошее. Повязка сухая. Края раны склеились. Гноя нет. Грудная железа мягкая, безболезненная.

15.V. Выписывается на амбулаторное лечение.

Особый интерес с точки зрения характера оперативного вмешательства представляют случаи, где имеется гнойная инфильтрация значительной части желез, где при разрезе ин-

наблюдаем нафаршированную мелкими гнойничками железистую ткань, из которой при надавливании просачивается гной, как из губки. Такие формы ~~железистая ткань~~ ~~очень~~ ~~тяжелые~~ и нередко требуют неоднократных повторных оперативных высева- тельств, особенно при радиарных разрезах, несмотря на своевре- менное производство их.

В конечном итоге железа обезображивается, атрофируется и становится функционально непригодной. (фото № 26, стр. 142<sup>а</sup>). Кроме того заболевание затягивается на долгое время, иногда до 2 - 3 месяцев.

Способом же Барденгейера с исечением пораженного участ- ка желез в пределах здоровых тканей мы получаем возможность одной операцией в короткий срок ликвидировать воспалитель- ный процесс, сохранив при этом функцию железы и получив едва заметный, окрывающийся под грудью рубец. Мелкая гнойно - инфильтрированная участки желез, мы останавливаем развитие воспаления, предупреждая распространение его и сохраняя здо- ровую ткань от поражения. Сколько следует убирать ткани же- лезы, решается во время операции. Само собой разумеется, что железистая ткань на периферии бесполезна, если ее выводящие протоки погибли от нагноения или некроза, поэтому ее без ущерба можно убирать. С другой стороны путем откидывания желез - выворачивания ее "наизнанку" мы имеем возможность пропунать и обзреть инфильтрат и при операции сохранить как можно больше желез. См. фото № 33, 34, 35, 36, стр. 166 и 167.

Целесообразность этого метода операции при этой форме мастита подтверждается благоприятным послеоперационным те- чением и минимальным количеством дней пребывания больной



Фото №32 Туберкулезный гнойный мастит, II<sup>я</sup> форма с интрамаммарной локализацией



Фото №33 Также б-ая после операции по способу Барденгейера



Фото №34 Также б-ая в периоде заживления раны



Фото №35 Правосторонний гнойный мастит, оперированный по способу Бергдензебергера



Фото №36 Тот-же случай через 3 недели после операции.

на койке.

Приведу выписки из 2-х историй болезни:

29. Б-ная Коз-ва 19 лет (ист. бол. № 7115) поступила в клинику 13. XII-40г. по поводу левостороннего гнойного мастита. За 3 дня до родов в нижне-наружном квадранте левой грудной железы появилось затверждение без болей и Т. Трещин на сосках не было.

7. XII повысилась Т до  $38^{\circ}$  и произошли первые нормальные роды в родильном доме. На 2-й день после родов начались боли в левой грудной железе, которая стала быстро припухать.

При осмотре левая грудная железа в два раза больше правой. Кожа над нею блестит, гиперемирована с цианотичным оттенком. В нижне-наружном квадранте и в области соска отмечается флюктуация. При ощупывании груди получается ощущение мешка с гноем. Значительная болезненность. Несколько ниже соска на небольшом протяжении кожа истончена так, что готова прорваться. В толще железы над фасцией прощупывается плотный инфильтрат.

13. XII операция под эфирным наркозом. В нижне-наружном квадранте проколом скальпеля опорожнена гнойная полость, из которой выделилось около 300 куб. см. гноя. После опорожнения гноя в толще железы прощупывается инфильтрат, доходящий до фасции, мало подвижный, расположенный кзади на протяжении наружной половины грудной железы. Разрезом Барденгейера, огибая грудную железу кнаружи до подмышеч-

ной впадине, железа отпрепарована от фасции, с которой инфильтрат плотно спаян. Вскрыта ветвистая гнойная полость, имеющая очень тонкий кожный покров. Кожа отделена на протяжении ареолы, по направлению верхней полой вены. Стенки гнойной полости казды представляет собой инфильтрат, пропитанный гноем, как губка. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей, после чего образовалась очень большая полость. Тонкий кожный лоскут (передняя стенка гнойника) отвернут кверху. Полость выполнена тампонами. Сухая повязка.

Из гноя при посеве выделен золотистый гемолитический стафилококк. На следующий день, 14.XII, Т ушла до нормы. Общее состояние удовлетворительное. Болей нет. Верхние слои повязки промокли кровью, омыты.

16.XII. Т 37,8. Общее состояние удовлетворительное. Болей нет.

Перевязка. Состояние лоскута, отвернутого кверху, удовлетворительное. Кожа нормального цвета.

Удалены все тампоны; рана имеет широкие бухты, чистая, слегка кровоточит после удаления тампонов. Раневая полость рыхло выполнена тампонами с гипертоническим раствором. Кожный лоскут оставлен отвернутым кверху. Повязка.

17.XII. Т норма. Общее состояние хорошее. Жалоб нет. Аппетит, сон хорошие. Повязка не промокает. Больная ходит. Болей нет.

20.XII. Т норма. Повязка промокла гноем. Тампоны удалены. На поверхности раны сочные грануляции. Грудная железа уложена на место. В рану подведен один тампон с риванолом.

23.XII. Тампон удален. Рана выполняется сочными грануляциями.

Грудная железа, ввиду небольшого овисания наружной ее части, подтянута кверху клеоловой повязкой. Выделений из раны немного с незначительной примесью молока. От кормления ребенка больной грудью отказывается.

25.XII выписывается для амбулаторного лечения. После выписки больная амбулаторно перевязывалась в клинике.

Дальнейшее течение гладкое, за исключением выделений в течение некоторого времени из раны молока, смешанного с гноем.

30.Е-ная Ск-на 22 лет (ист. бол. № 7100) поступила в клинику 13.XII по поводу правостороннего гнойного мастита.

Считает себя больной с 24.XI, когда в правой грудной железе появилось болезненное уплотнение. Спустя два дня обнаружила гнойные выделения из соска при сцеживании молока. Появилась Т. По назначению врача принимала стрептоцид и синий свет. Уплотнение увеличивалось и Т стала еще выше, появилась краснота.

ОБЪЕКТИВНО. Е-ная среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые розовые. Со стороны органов грудной и брюшной полости отклонений от нормы нет. Пра-

вая грудная железа увеличена в размерах. В наружно-верхнем квадранте прощупывается большой болезненный, ясно флюктуирующий инфильтрат. Сосок втянут. Кожа над инфильтратом блестящая, гиперемирована.

13.XII. Под эфирным наркозом полукружный разрез в верхне-наружном квадранте правой грудной железы. Железа отделена и вскрыта большая гнойная полость, из которой выделился жидкий гной. Сосок и околососковый кружок отделены. Стенки полости представляют собою инфильтрат, из которого, как из губки, сочится гной. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. Полость рыхло выполнена тампонами. Повязка. При посеве гноя выделен грам + стрептококк гемолитический.

Послеоперационное течение гладкое при нормальной температуре, общем хорошем состоянии, чистой раневой поверхности, покрытой сочными розовыми грануляциями и небольшим гнойном отделяемом.

23.XII. На 10-й день после операции выполняется для амбулаторного лечения.

При амбулаторной явке 6.1 рана значительно уменьшилась, размер 2 x 4 см. Гноя почти нет. Приступила к работе.

Из вышеприведенных историй болезни мы видим явные преимущества способа Варденгейера перед другими способами. Применяя в данных случаях радиарные разрезы, мы не получили бы возможности ликвидировать воспалительный процесс в столь короткий срок. Способом же Варденгейера с иссечением инфильтрата в пределах здоровых тканей мы устранили весь болезнен-

ний очаг однократным вмешательством с гладким послеоперационным течением.

Проф. С п а о о к у к о ц к и й <sup>47</sup> отмечает, что "требование *ubi pus, ibi evacua* наиболее совершенно достигается активными методами вскрытия гнойника или иссечением вместе с окружающими его здоровыми тканями".

В-Я с е н е ц к и й пишет, что "иногда операция не ограничивается только разрезами, а приходится вырезывать омертвевшие или диффузно-инфильтрированные части железы и всякие перемычки в гнойных полостях".

Если выявляется новый гнойник и есть необходимость в добавочном разрезе, то его можно сделать с той же задней поверхности железы, причем вскрытие или иссечение гнойника сзади исключает опасность ранения молочных протоков.

При этом способе нет необходимости накладывать контрапертуры, так как тут достигаются благоприятные физические условия оттока гноя, что сокращает продолжительность послеоперационного течения.

Х о х л о в, применяя способ Барденгейера, вынужден был в 50% случаев произвести повторное хирургическое вмешательство, в результате чего он высказался против радикальности этого метода. Кроме того он указывает на большую травматичность этого способа, ввиду обнажения большой поверхности здоровой ткани железы и передней грудной клетки, инфицирования этих поверхностей с длительным нагноительным процессом и обильным гнойным отделяемым, требующим частых перевязок.

С нашей точки зрения плохие результаты, полученные Хохловым при этом способе оперативного вмешательства, должны

быть объяснены тем обстоятельством, что он применял его при всех без исключения формах мастита и барденгейеровским разрезом только вскрывал затек без ликвидации основного очага.

Ф а й н е н указывает, что больная после операции может встать через 10-14 дней и перевязываться каждые 3-4 дня, а полное излечение наступает через 5-8 недель.

Д и т р и х и Ф р а н г е н г е й м дают продолжительность пребывания больной на койке в  $2\frac{1}{2}$  раза больше, чем после радиарных разрезов.

Наши больные вставали после операции с постели на 2-3 день, а продолжительность пребывания на койке была почти такая же, как и при других способах, несмотря на тяжесть воспалительного процесса и характер вмешательства. (См. таблицу № 6).

Больные, оперированные по способу Барденгейера.

Т а б л и ц а № 6.

№ №	Фамилия.	Д а т а :			Койко-дней	Кормлен. грудью	Дальнейш. течение.	Особ. замечания
		Поступлен.	Операции.	Выписки.				
1	Ск-на	13.XII	13.XII	23.XII	10		Гладкое.	6.1 приступила к работе.
2	Чер-ва	29.1У	29.1У	9.У	10	Кормит грудью	Тоже	
3	Гр-н	19.1У	19.1У	20.1У	7	Тоже	Тоже	
4	Шем-на	24.1У	29.1У	15.У	16	Ребенок умер.	Тоже	
5	Каз-ва	13.XII	13.XII	25.XII	12	От кормления грудью отказалась.	Тоже	

№№	Фамилия	Дата:			Кой-ко-дней	Кормлен. грудью	Дальнейш. течение.	Особые замечания.
		поступления	операции	выписки.				
6	Мал-кая	21.XII	21.XII	30.XII	9	Не кормит.	Гладкое.	Гематог.
7	Б-х	14.1	14.1	25.1	12	-	Тоже	Не рожала Рана сужена кожными швами.
8	Мал-ч	24.XII	24.XII	3.1	10	Кормит грудью	Гладкое.	
9	Вет-ва	26.XII	26.XII	3.1	8	Тоже	Тоже	
10	Руд-х	23.XII	23.XII	2.1	10	Перестала кормить грудью. Ребенку 1г.2м.	Тоже	
11	Ив-ва	23.III	23.III	12.1V	20	-	Гладкое.	Не рожала Полное заживлен. 28.1V.
12	Тол-ва	11.XII	11.XII	27.XII	26	Не кормит.	Рожистое воспаление.	Оперир. на 11 день после поступления. ввиду рожистого воспали.
13	Тау-ва	18.XI	18.XI	29.XI	11	Ребенок умер.	Гладкое.	На рану наложены кожные швы.
14	Ан-ва	7.XII	7.XII	17.XII	10	-	Рожистое воспаление	
15	Рол-ва	28.XII	28.XII	15.1	18		Начал. мастит. слева, ликвид. кор. но-вокаи-блоком.	Деформ. мац. грудной железы.

№№ п/п	Фами- лия.	Д а т а:			Кой- ко дней	Кормлен. грудью	Дальней- шее те- чение.	Особые замеча- ния.
		посту- пления	опера- ции	выпис- ки.				
16	Сур-ва	19.V	20.V	26.V	7	Кормит грудью	Гладкое	
17	Ах-на	28.1	28.1	3.III	34	Тоже	Роды 3.III	Дородов. мастит. После ро- дов кор- мила боль- ной гру- дью.
18	Пет-ва	19.XI	19.XI	14.XII	25	Тоже	Повторн. вмеша- тельств.	

Послеоперационный период у наших больных, как видно из приведенной выше таблицы, протекал гладко с сравнительно небольшой продолжительностью пребывания больной на койке, в среднем 14,5.

Только в трех случаях мы имели продолжительность пребывания на койке до 34, 26 и 25 дней (больные Ах-на, Тол-ва- и Пет-ва). В первом случае это касалось больной с дородовым маститом и больная специально задерживалась у нас в клинике до начала родов и лишь с появлением родовых схваток переведена была в родильный дом.

Другой случай касался больной с тяжелой формой мастита с множественными абсцессами грудной железы, где потребовалось двукратное повторное вмешательство.

И, наконец, в третьем случае больная была оперирована лишь на 11-й день после поступления ее в клинику ввиду имевшегося рожистого воспаления грудной железы.

В остальных случаях койко-день был от 7 до 16 дней, что соответствует койко-дню легких форм мастита с радиарными разрезами. Особенно приходится отметить быстро наступающее после операции хорошее самочувствие. Температура падает до нормы, появляются аппетит, сон, исчезают воспалительные явления. Больные не теряют возможности продолжать кормление ребенка больной грудью, что способствует разгрузке груди от застоя молока и приносит им большое облегчение. Кроме того, лактационная способность грудной железы, по нашим наблюдениям, заметно не уменьшается. Молока у наших кормящих больных вполне хватало для ребенка.

Что касается косметической стороны, то способ этот не оставляет желать ничего большего. По форме и величина грудная железа большей частью ничем не отличается от здоровой, а рубец, скрывающийся под грудью, совершенно не заметен.

Наконец мы ни разу не наблюдали образования молочных свищей. В одном случае (ист. бол. № 7115, стр. 168) мы имели гнойные выделения из раны, смешанные с молоком, но по мере выполнения раны грануляциями примесь молока к гною совершенно исчезла.

Опухоли грудной железы чаще образуются в рубцах после воспалительных процессов. Академик Богомолец<sup>4</sup> в образовании карцином придает рубцам особую роль, таким образом, радиарные рубцы в этом смысле являются наиболее опасными.

Карцинома грудной железы у больных, проделавших в анамнезе мастит, была, по данным Файнена, цитировавшего *Evfinghaus'a*,

<i>Gebele</i>	- 20,5%
<i>Oldenkopf</i>	- 34,0%
<i>Tulson</i>	- 28,0%

<i>Winiwarter</i>	- 21,5%
<i>Sprengel</i>	- 30,0%
<i>Horner</i>	- 21,43%

Небольшой же рубец после операции Барденгейера ограничивает возможность такого осложнения.

Мы считаем эту операцию серьезным вмешательством, поэтому она должна производиться только в условиях стационара и опытным хирургом.

Способ этот показан при флегмонозных формах интратитального и паренхиматозного мастита и абсцессах с интрамаммарной или ретромаммарной локализацией. При абсцессах же с премаммарной локализацией, он, повидному, является излишним и здесь показан больше радиарный разрез.



Закончив работу о клинике и лечении гнойных маститов, считаю своим долгом принести глубокую благодарность руководителю кафедры Общей Хирургии д-ру мед. наук профессор Федору Родионовичу В О Г Д А Н О В У за рекомендованную мне диссертационную тему, руководство и создание условий для выполнения работы, а также кандидату мед. наук Марку Соломоновичу И О Ф Е за товарищеские советы в процессе работы.

Кроме того приношу благодарность художнику Андрею Федоровичу У З К И Х за художественное оформление и студентке Галине Борисовне О Р Л О В О Й - за помощь в разработке клинического материала.

Автор.

## ВЫВОДЫ.

1. Послеродовой мастит относится к заболеваниям средней тяжести, однако, в отдельных случаях в зависимости от формы его и локализации процесса он может повести к тяжелым последствиям как для матери, так и для ребенка.

2. В этиологии мастита важную роль играют трещины сосков, через которые инфекция проникает вглубь желез по лимфатическим путям.

3. Профилактике и лечению трещин сосков, как главному виновнику мастита, должно быть уделено особое внимание. Из применявшихся нами способов лечения трещин наилучшим надо считать сухой способ - сульфамидными препаратами.

До окончательного заживления трещин сосков кормление грудью должно быть прервано, ограничиваясь сцеживанием - отдаванием молока рукой, во избежание застоя молока.

4. Симптоматология мастита зависит от формы и локализации процесса. Тяжело протекает флегмонозная форма с тенденцией распространения процесса в глубину - в ретромаммарное пространство и наиболее тяжелой является гангренозная форма.

5. Наиболее приемлемой классификацией мастита надо считать классификацию Дитриха и Франгенгейма, различающих 4 основных формы: 1) начальная форма, 2) абсцедирующая форма, 3) флегмонозная и 4) гангренозная.

6. Первая - начальная форма мастита - интраканаликулярный серозный мастит и лимфангоит грудной железы - может быть ликвидирован в течение 1-2 дней консервативными методами лечения.

7. Из консервативных методов лечения гнойных маститов примененная нами фаготерапия в ряде случаев дала эффективные результаты.

8. Для вскрытия всех гнойных очагов и лучшего обследования железы операция по поводу гнойного мастита должна производиться под общим обезболиванием.

9. Наиболее распространенным и показанным способом оперативного лечения при абсцедирующей форме мастита с антемарной локализацией гнойника является способ радиарных разрезов по Ангереру, дающий в большинстве случаев гладкое послеоперационное течение.

Этот же способ показан также при интрамаммарной локализации гнойника с тенденцией распространения его к поверхности железы.

10. Оперативное лечение гнойных маститов по способу Ангерера не исключает возможности образования новых гнойных очагов в грудной железе.

11. Радиарные разрезы по Ангереру противопоказаны при глубоко расположенных интрамаммарных и ретромаммарных абсцессах.

12. Полулунные разрезы по окружности железы показаны только при чистых формах ретромаммарных маститов, при абсцессах же, прорвавшихся в ретромаммарное пространство из грудной железы, полулунные разрезы не дают эффекта и требуют нередко дополнительных вмешательств.

13. Лечение гнойных маститов по способу Вишневого в отношении возникновения новых гнойных очагов особых преимуществ по нашим наблюдениям не имеет; применение тампонов с эмульсией Вишневого вызывает лишь рост хороших грануляций.

14. Наиболее радикальным способом оперативного лечения гнойных маститов мы считаем способ Барденгейера с иссечением инфильтрата в пределах здоровых тканей, так как при этом способе достигается: 1) наименьшая длительность лечения, 2) ред-

но приходится прибегать к повторным вмешательствам и 3) достигается косметический эффект при сохранении функции железы.

15. Способ Варденгейера показан при III-ей флегмонозной форме мастита и абсцессах с интра или ретромаммарной локализацией.

16. Операция по способу Варденгейера не должна проводиться в амбулаторной обстановке и показана только в условиях стационара.

17. Повышение температуры в послеоперационном периоде требует тщательного пальцевого обследования железы с целью выявления нового очага.

18. В послеоперационном периоде должно быть уделено внимание наложению хорошо поддерживающей и иммобилизирующей грудную железу повязки.

19. После операции по способу Варденгейера лучшей повязкой, обеспечивающей зияние раны с целью оттока гноя или сопоставления краев раны в периоде заживления, является клеоловая повязка, подвешивающая грудную железу к надплечьям.

-----000000-----

П Р И Л О Ж Е Н И Е.

1. ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ. стр.182-231

2. СВОДНЫЕ ТАБЛИЦЫ. . . . . стр.232-249

ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО СПОСОБУ БАРДЕНГЕЙМЕРА.

В-ная Вет-ва М.И. 26 лет ( нот. бол. № 7338 ) поступила в клинику 26.ХІІ по поводу послеродового правостороннего гнойного мастита. Заболела 18/ХІІ. Появилось вначале мало болезненное затверждение в области верхне-внутреннего квадранта правой грудной железы, а с 24/ХІІ появились боли, опухоль увеличилась, кожа покраснела, повысилась Т, пропали аппетит и сон. В-ная месяц назад родила первого ребенка. Кормит грудью. Соски готовила. Как только стала кормить появились трещины на сосках обеих грудных желез.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Правая грудная железа значительно больше левой, имеется припухлость в области верхне-внутреннего квадранта, кожа гиперемирована. При прощупывании определяется болезненный инфильтрат, занимающий внутреннюю половину железы, с явно выраженной флюктуацией в верхне-внутреннем квадранте.

26/ХІІ -под хлоретиловым наркозом полукружный разрез, огибающий внутреннюю половину железы снизу. Отпрепарована грудная железа. При иссечении инфильтрата со стороны, прилежащей к коже, вскрыт абсцесс; выделилось значительное количество жидкого гноя. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. В образовавшуюся раневую полость введены сухие тампоны. Повязка.

При посеве гноя выделен гемолитический стафилококк.

28.XII. Общее состояние хорошее, Т - 37,4. Болей нет. При перевязке тампоны удалены. Раневая поверхность местами имеет налеты гноя. Грудная железа подвешена клеоловой тягой. Рана оставлена без тампонов.

30.XII. Общее состояние хорошее, Т - нормальная. Повязка обильно промокла. Поверхность раны чистая, покрыта грануляциями, лишь в области края раны, относящегося к грудной железе, с внутренней стороны имеется тонкий олоя некротизированной клетчатки. Грудная железа подвешена клеоловой тягой. Сосок оставлен свободным. Из него выделяется молоко.

3/1-41г. Общее состояние хорошее. Температура нормальная. Жалоб нет. Повязка промокла гноем с молоком. Перевязка. Рана чистая, покрыта сочными грануляциями. Наложена клеоловая наклейка, сближающая края раны.

Выписывается на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 6/1 общее состояние хорошее. Температура нормальная. Болей нет. Рана выполняется сочными яркими грануляциями. Выделений очень мало. Края раны подведены друг к другу.

В-ная АХ-ЛИНА Е. 25 лет-марийка, по-русски не разговаривает, лесоруб (ист.бол.№ 604) поступила в клинику 27/1-41 г. по поводу правостороннего гнойного мастита.

Считает себя больной около месяца. В правой грудной железе появилось небольшое ядро, постепенно увеличивающееся. Лечилась дома припарками. В настоящее время больная имеет беременность 8 месяцев.

ОБ'ЕКТИВНО. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной и брюшной полости без отклонений

от нормы. Правая грудная железа увеличена в размерах, напряжена. Кожа над ней гладкая, блестящая, без воспалительных явлений. В толще грудной железы прощупывается большой инфильтрат, занимающий почти всю грудную железу, мало болезненный; флюктуация не определяется.

28/1 под эфирным наркозом произведен разрез Барденгейера в области ниже-наружного квадранта. Грудная железа отделена от фасции большой грудной мышцы и отвернута кверху и внутрь. Инфильтрат громадной величины, состоящий из 4-х больших полостей, наполненных густым желтым гноем, иссечен в пределах здоровых тканей. В рану введено четыре тампона типа Микулича. Грудная железа уложена на место. Повязка. При посеве гноя выделен гемолитический стафилококк.

29/1. Самочувствие удовлетворительное. Малоб нет.

T-37,2. Повязка обильно промокла. Верхние слои ее оменены.

3/II. Состояние хорошее, T- нормальная. Тампоны удалены. Раневая поверхность чистая, покрыта свежими грануляциями. Гноя мало.

В дальнейшем течение гладкое. Температура нормальная. Рана выполняется грануляциями, постепенно уменьшается.

14/II. Ввиду свисания грудной железы наложена поддерживающая клеоловая повязка.

3/III. Рана выполняется сочными грануляциями, значительно уменьшилась. Отделяемого почти нет..

Начались родовые схватки. Переведена в родильное отделение АГИ.

10/III. Посещение больной в АГИ.

Роды прошли нормально. Больная кормит как правой, так и левой грудью. Молока из оперированной груди хватает на

кормление. Рана выполнена сочными грануляциями, резко уменьшилась в размерах.

В-ная ЧЕР-ВА А.А. 22 лет (ист.бол.№ 2544) поступила в клинику 29-IV-41г. по поводу послеродового левостороннего гнойного мастита.

24/1 родила второго ребенка. Роды были нормальные. Трещин на сосках не было. Кормит грудью. Заболела в ночь с 28 на 29.IV. Т повысилась до 40<sup>0</sup> был сильный озноб. В наружной половине левой грудной железы появилось уплотнение и небольшая краснота. В левой подмышечной области появились болезненные железы. В тот же день направлена в клинику с диагнозом септический мастит.

ОБ'ЕКТИВНО. В-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже туловища и конечностей множественные расчесы и экскориации, подозрительные на чесотку. В области грудной железы также расчесы. Трещин на сосках нет. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа больше правой. Подкожные вены слегка расширены. В наружно-нижнем квадранте гиперемия. При ощупывании тут же в толще железы прощупывается резко болезненный инфильтрат величиной с куриное яйцо. В остальных отделах грудная железа мягкая, безболезненная. В левой подмышечной области прощупываются подвижные болезненные железы величиной с боб.

29/IV. Операция под местной анестезией. Ретромаммарно и инфильтративно в области наружно-нижнего квадранта введено 200 см<sup>3</sup> Sol. Novocaini  $\frac{1}{1\%}$ . Разрез Барденгейера по периферии железы снизу и снаружи, охватив нижне-наружный квадрант. Грудная железа отслоена от фасции грудной мышцы, после

чего произведено иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей. При иссечении вскрыт гнойник, из которого выделилось большое количество жидкого гноя. Иссечение стенки гнойной полости представляет собою инфильтрованную массу величиною с куриное яйцо. Рана промыта риванолом. На наружный край раны наложено три кожных шва. Через внутренний край в рану введен сухой тампон. Повязка.

30/IV. Т нормальная. Болей нет. Общее состояние удовлетворительное. Левая грудная железа нагрубла. Кормит больной грудью. Повязка умеренно промокла кровью, подбинтована.

2/V. Т -37,6. Жалуется на небольшие боли в области грудной клетки снаружи от грудной железы. При перевязке обнаружена разлитая болезненная припухлость снаружи от левой грудной железы. Гиперемии нет. Тампоны оставлены. Назначен солюко на грудную клетку.

4/V. Т -нормальная. Боли в грудной клетке значительно меньше. Швы лежат хорошо. Удален тампон. Грудная железа совершенно мягкая, безболезненная.

5/V. Т нормальная. Болей нет. Грудная железа мягкая. Имеется незначительное уплотнение у первого кожного шва. Сняты швы. Края раны на месте 1-го шва разведены. Выделилось небольшое количество гноя. Раневая поверхность выполняется грануляциями. Имеется небольшое количество некротической клетчатки в виде местами расположенных желтых налетов. Введен тампон с гипертоническим раствором. Повязка.

9/V. Т нормальная. Общее состояние хорошее. После проведенного специального лечения явления *scabies'a* прошли. Перевязка. Раневая поверхность выполняется чистыми розовыми грануляциями. Отделяемого почти нет. Рана оставлена без

тампонов.

Выписывается для амбулаторного лечения.

Амбулаторная явка 14 и 20/V. Общее состояние хорошее. Рана значительно уменьшилась. Кормит обеими грудными железами.

Б-ная ТА-НОВА Е.А. 26 лет (ист. бол. № 6605) поступила в клинику 18/XI-40г. с жалобами на небольшие боли и опухоль в правой грудной железе.

Считает себя больной с 31/VI, когда еще будучи в родильном доме после первых родов в правой грудной железе образовалось безболезненное ядро величиною с куриное яйцо. Применяла согревающие компрессы, кварц. 17/VII была выписана из родильного дома, а через 10 дней под влиянием грелок уплотнение исчезло, но в верхне-внутреннем квадранте той же правой железы появилось другое уплотнение с гиперемией кожи над ним. Дня через два краснота исчезла, а уплотнение осталось и постепенно увеличивалось. За все время заболевания до 15/X б-ная температуры не отмечала. Применяла грелки и солпокс. С 15/X T повысилась до 38,5. Инфильтрат увеличился особенно за последние две недели, появилась краснота и местами размягчение. T держалась на 37,7 - 38° утрами и 39° вечерами.

Ребенок умер 12/VI и б-ная за время заболевания грудью не кормила.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной и брюшной полости отклонений от нормы нет. Правая грудная железа резко увеличена в объеме, мало болезненна при пальпации, кожа гиперемирована. Припух-

лость и гиперемия более выражены на внутренней поверхности грудной железы. Тут же определяется ясная флюктуация.

18/XI -Операция. Под эфирным наркозом разрез Барденгейера по внутренне-нижнему квадранту грудной железы. Железа отделена от фасции большой грудной мышцей и запрокинута кверху. Задняя ее поверхность представляет сплошной инфильтрат, который вскрыт в радиарном направлении. Излилось большое количество жидкого зеленого гноя. Полость обследована. Вскрыто два дополнительных абсцесса. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. Введены сухие тампоны. Грудная железа оставлена вывороченной и обложена марлевыми салфетками. Повязка.

В послеоперационном периоде в течение первых двух дней температура вечерами повышалась до 39,0 при общем удовлетворительном состоянии. На 3-ий день грудная железа уложена на место и наложено три кожных шва, между которыми введен рыхло тампон.

В дальнейшем температура снизилась до нормы. Грудь мягкая, безболезненная. Рана выполняется хорошими грануляциями. Отделяемое незначительное.

29/XI началось маточное кровотечение по поводу неполного аборта и переведена в Институт ОММ.

Б-ная Сур-ва В.П., 29 лет (ист.бол. № 2412) поступила в клинику 19/У-39г. по поводу болей в правой грудной железе, высокой Т.

12/У б-ная была выписана из родильного дома, где 3/У родила здорового ребенка. Через два дня после выписки заболела правая грудная железа, повысилась Т, был озноб. В последующие дни Т не спадала, железа сильно распухла, стала твердой и резко болезненной.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная правильного телосложения, удовлетворительно-го питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Т-38,3, пульс 98 в 1' удовлетворительного наполнения. Правая грудная железа резко увеличена; наиболее интенсивно выражена опухоль в нижней половине железы. Кожа гиперемирована. При пальпации определяется большой, плотный, болезненный инфильтрат, занимающий всю нижнюю половину железы и частично заходящий в верхне-наружный квадрант. В центре инфильтрата отчетливая флюктуация.

Гемограмма от 20/У: Гв -68%, эритроцитов 4.080.000, лейкоцитов 18.200, эозинофилов 1, палочкоядерных 26,5, сегментированных 51,5, лимфоцитов 14,5, моноцитов 6,5, РОЭ - 21 мм за час.

20/У -операция. Под хлор-этиловым оглушающим наркозом произведен разрез Барденгейера у основания нижней половины железы длиной в 10 см. Вскрыта гнойная полость, из которой выделилось большое количество гноя. Стенки полости иссече-

ны и рана выполнена сухими тампонами. Повязка.

Послеоперационное течение гладкое. Раневая полость быстро очищалась от гноя и выполнялась здоровыми, оочными грануляциями при общем хорошем состоянии.

26/У выписана на амбулаторное лечение.

Б-ная ИВ-ВА С.Н. 14 лет (ист. бол. № 1802) поступила 23/Ш по поводу правостороннего гнойного мастита.

Заболела 2 недели назад, появились боли, припухлость в правой грудной железе, высокая Т. До этого ничем не болела.

ОБЪЕКТИВНО. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без изменений. Правая грудная железа по сравнению с левой значительно больших размеров, напряжена, сосок оглажен, гиперемизирована, при пальпации резкое болезненна, явно флюктуирует во всех отделах.

23/Ш под эфирным наркозом разрезом Барденгейера вскрыта полость, из которой фонтаном излился жидкий зеленоватого цвета гной в количестве около 500 куб. см. Отмечается гнойное расплавление ткани железы. После осушения отенки полости иссечены в пределах видимых здоровых тканей и введены тампоны с мазью Вишневского. Повязка.

Бактериологическое исследование гноя обнаружило гемалитический стрептококк.

Гемограмма от 24/Ш: Нв - 65% , эритроцитов 4.020.000, лейкоцитов 15.000, палочкоядерных 20, сегментированных 62,7, лимфоцитов 11,3, моноцитов 6, РОЭ -57 мм за час.

31/II ввиду задержки гноя позади верхней половины грудной железы тампоны заменены резиновыми дренажами. Общее состояние хорошее.

3/IV. Т повысилась до 39,9, был озноб. Жалобы на боли в правой грудной железе. При перевязке в верхней половине грудной железы определяется болезненный инфильтрат. В рану введены резиновые дренажи.

5/IV: Т нормальная, болей нет. Дренажи удалены, инфильтрат значительно меньше. Верхний край раны немного завернулся, тут же отмечен рост грануляций.

8/IV. Т нормальная, общее состояние хорошее. Жалоб нет. Инфильтрат в верхнем отделе железы рассосался.

12/IV. Грудная железа мягкая, безболезненная. Грануляции сочные, розовые. Края раны друг против друга.

Выписана для амбулаторного лечения.

28/IV. Являлась амбулаторно. Полное выздоровление. Косметический эффект очень хороший. (Фото №36, стр 167).

Б-ная П-рова В.В., 22 лет (ист.бол. № 6640) поступила 19/XI по поводу правостороннего гнойного мастита.

Заболела 18/X, через месяц после первых родов. Появились боли и уплотнение в верхней половине правой грудной железы. Повысилась Т до 39,5. По назначению лечащего врача отцеживала молоко и прикладывала лед к грудной железе. К вечеру того же дня Т повысилась до 40,5. На следующий день применяла согревающие компрессы, синий свет и впоследствии получала кварц. Т снизилась до 37,8 и боли несколько уменьшились. С 9/XI Т снова стала повышаться вечерами до 39,0, боли усилились. Ребенка кормила

все время больной грудью.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, средней упитанности. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной и брюшной полости отклонений нет. Правая грудная железа увеличена, гиперемирована и резко болезненна. В наружно-нижнем квадранте прощупывается инфильтрат с размягчением в центре. У соска флюктуация с истончением кожи. Правые подмышечные железы увеличены и болезненны.

19/XI под эфирным наркозом произведен разрез Барденгейера. Грудная железа отделена от фасции и вывернута таким образом, что раневая поверхность обращена кпереди.

Прощупываемый в толще железы обширный флюктуирующий инфильтрат радиарным разрезом вскрыт сзади, со стороны раневой поверхности. Выделилось обильное количество гноя. После расширения полости абсцесса удалось вскрыть еще три меньших абсцесса, один из которых подходил вплотную к соску. ИССЕЧЕН ИНФИЛЬТРАТ С ОСТАТКАМИ ГНОЙНЫХ ПОЛОСТЕЙ В ПРЕДЕЛАХ ЗДОРОВЫХ ТКАНЕЙ. При удалении стенки полости у соска вскрыта кожа. В раны введены марлевые тампоны. Железа оставлена вывернутой. Повязка.

20/XI. Состояние хорошее. Т- нормальная. Под хлорэтиловым оглушающим наркозом снята повязка. Раневая поверхность чистая. Железа уложена на место. Введен рыхло тампон. Наложено три кожных шва.

22/XI. Общее состояние удовлетворительное, Т-39,0. Накануне вечером Т-40,5. При перевязке удален тампон, про-

питанный гноем, грудная железа приподнята, на ограниченных участках гнойные налеты. Железа на ощупь мягкая. Инфильтрата нет. Введены тампоны с гипертоническим солевым раствором.

25, 26/XI. Общее состояние удовлетворительное. Т немного снизилась, особых жалоб нет. Повязка не промокает.

27/XI. Т-37,8. Грудная железа ОТВЕРНУТА. Тампон удален. Обнаружен инфильтрат близко к области соска. ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ИНФИЛЬТРАТ, КАК ИЗ ГУБКИ СОЧИТСЯ ГНОЙ. Произведен разрез инфильтрата со стороны раневой поверхности. Выделился густой гной. Тампон с гипертоническим раствором.

28/XI. Т-38,9. Выл озноб. Вялость. Плохой аппетит. Болей нет. Повязка не промокла.

29/XI. Состояние тяжелое. Т-39,0. Аппетит плохой. Язык влажный. Болей нет. Перевязка. Тампон пропитан гноем, удален. НА ВЫВЕРНУТОЙ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, КАК ИЗ ГУБКИ МЕЛКИМИ СТРЕЙКАМИ СОЧИТСЯ ГНОЙ.

НЕСКОЛЬКИМИ РАЗРЕЗАМИ РАСКРЫТЫ ГНОЙНЫЕ ОЧАГИ. Частично иссечена инфильтрированная ткань железы. Влажная повязка с гипертоническим раствором.

1/XII. Состояние удовлетворительное. Общая слабость. Аппетит плохой. Болей нет. Т-38,7. Из нескольких участков раны выделяется густой зеленый гной. Участки иссечены в пределах кажушейся здоровой ткани. Тампон с риванолом. Грудная железа оставлена вывернутой.

6/XII. Самочувствие удовлетворительное. Т нормальная. Сон, аппетит улучшились. Перевязка. ИССЕЧЕН НЕБОЛЬШОЙ ИН-

ФИЛЬТРАТ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМОМ. Введены тампоны. Грудная железа уложена на место. Повязка.

Дальнейшее течение гладкое. Края раны сближаются коллодийной повязкой.

14/ХП выписывается в хорошем состоянии с небольшими гранулирующими поверхностями в области разреза.

Б-ная РОЛЬ-ВА Т.М. 25 лет (ист. бол. № 7368) поступила в клинику 28/ХП-40г. из родильного дома, спустя 14 суток после первых нормальных родов, с жалобами на боли в правой грудной железе.

Заболела на 5-й день после родов. Повисилась Т, появились боли, гиперемия и быстро увеличивающееся затверждение в правой грудной железе. Одновременно отмечала болезненные трещины на сосках.

ОБЪЕКТИВНО. Больная удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от норм.

Правая грудная железа резко увеличена по сравнению с левой, кожа гиперемирована больше в нижней половине железы. При ощупывании вся нижняя половина грудной железы представляет собой сплошной болезненный, плотный инфильтрат, распространенный по всей толще грудной железы и проникающий в верхнюю половину ее. Флюктуация не определяется.

28/ХП операция-маститэктомия под эфирным наркозом, - разрез по Варденгейеру. Грудная железа отвернута кверху. Вся нижняя половина ее представляет собой сплошной плотный инфильтрат, уходящий в верхнюю половину. В нижней по-

ловине он доходит почти до самой кожи. С задней поверхности инфильтрата в нижне-наружном квадранте вскрыта маленькая гнойная полость. С поверхности разреза через инфильтрат, как из губки наплыми сочится гной. Произведено иссечение инфильтрата. Всяду, при попытках удалить меньше тканей, нож проходит через плотную хрящевой консистенции ткань, с поверхности разреза которой сочится из маленьких отверстий гной. При выделении инфильтрата со стороны кожи вскрыто несколько небольших полостей, содержащих гной и распад. Вся плотная ткань, пронизанная ходами, содержащими гной, иссечена. Рана промыта риванолом и выполнена тампонами. Наложено несколько кожных швов у наружного и внутреннего краев раны. Повязка.

30/ХП. Повязка промокла кровью. Волей нет. Отмечает общую слабость. Т-норма. Перевязка. Под записью азота удалены тампоны, пропитанные старой кровью, и заменены другими.

31/ХП. Общее состояние лучше. Т-норма. Появился аппетит. Произведена трансфузия 200 куб.см. крови, после чего отмечался озноб и повышение Т.

2/1. Грудная железа на месте, края раны соприкасаются. Рана оставлена без тампонов.

4/1. Появились боли в ЛЕВОЙ грудной железе. Был озноб, повысилась Т. В нижне-наружном квадранте кожа гиперемирована, прощупывается небольшой болезненный инфильтрат. При попытке отцедить молоко, из соска выделяется гной, при бактериологическом исследовании которого обнаружен гемолитический стафилококк.

В ретромаммарное пространство левой грудной железы введено 130 куб. см. 1% раствора новокаина и наложена повязка с эмульсией Вишневого.

Рана ПРАВОЙ грудной железы в хорошем состоянии, края прилегают друг к другу. Грудная железа безболезненна. Наложена сухая повязка и железа подвешена клеоловой наклейкой к грудной клетке.

7/1. Гиперемия и инфильтрат в ЛЕВОЙ грудной железе значительно меньше. Инфильтрат безболезнен. Из соска выделяется молоко без примеси гноя. Сделан 2-ой блок по Вишневокому. В дальнейшем инфильтрат в левой грудной железе рассосался.

Правая грудная железа значительно меньше, деформирована, нижняя половина ее запавшая, сосок несколько втянут. Края раны хорошо прилегают друг к другу, оклеялись.

15/1 выпионвается на амбулаторное лечение.

В-ная В-НИХ В.Ф. 16 лет (ист. бол. № 223) поступила 13/1-41г. в клинику по поводу правостороннего мастита. с 15/ХП-40г. болела гриппом и ангиной. На 3-4 день заболевания обнаружила трещину на правом соске и стреляющие боли в правую грудную железу.

В толще правой грудной железы стала прощупывать болезненный инфильтрат, Т повысилась до 38°.

9/1 назначена на рентгенотерапию. После второго сеанса из соска стал выделяться гной.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без

отклонений от нормы. Правая грудная железа увеличена, напряжена. Кожа блестящая, нормальной окраски.

В толще железы просупивается большой болезненный инфильтрат. Осок втянут. При незначительном давлении на грудную железу через осок выделяется В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ СЕРОВАТО-ЖЕЛТЫЙ ГНОЙ.

14/1. Под хлороформным наркозом - разрез Барденгейера до фасции. Остро подрита грудная железа у самой фасции. Железа вывернута наизнанку и вскрыты две полости, наполненные гноем. В пределах здоровых тканей произведена экстирпация всего инфильтрата. Тампон. Повязка.

15/1. Т-37, 8. Состояние удовлетворительное. Повязка обильно промокла, оменена. Тампоны оставлены.

17/1. Т-нормальная. Состояние хорошее. Болей нет. Тампоны удалены. Рана чистая, зияет. У наружного края раны наложены два кожных шва.

Дальнейшее течение гладкое. Выписана 25/1 для амбулаторного лечения с хорошо гранулирующей раной.

Б-ная АН-ВА Е.П. 29 лет (ист. бол. № 6976) поступила в клинику 7/ХП-40г. с жалобами на боли в правой грудной железе, припухлость, красноту и выделения гноя из ооска.

Считает себя больной с 18/Х1, когда почувствовала около ооска правой грудной железы зуд, который беспокоил Б-ную несколько дней. Б-ная место зуда смазывала слюной, иногда иодом, кроме того применяла синий свет. Затем присоединилась боль, повысилась Т и появились уплотнение, отечность и краснота кожи.

У б-ной были две беременности, закончившиеся обе выкидышами в 1930 и 31 г.г. С 1937 года страдает туберкулезом легких и состоит на учете в тубдиспансере.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца чистые. В правом легком в подлопаточной области укорочение перкуторного звука и жестковатое дыхание. Со стороны органов брюшной полости отклонений нет.

Правая грудная железа увеличена и напряжена. В нижне-внутреннем квадранте имеется выпячивание. Кожа здесь напряжена, блестяща и резко гиперемирована. В толще грудной железы просупывается большой инфильтрат с флюктуацией в месте выпячивания. Из соска выделяется жидкий желтоватый гной.

7/XII операция. Под эфирным наркозом произведен разрез по Барденгейеру в нижне-внутреннем квадранте, грудная железа отсепарована от фасции большой грудной мышцы и отвернута кверху. Радиарным разрезом на задней поверхности грудной железы вскрыт гнойник, из которого выделилось большое количество жидкого зеленого гноя. Инфильтрат вокруг гнойника иссечен в пределах здоровых тканей. Грудная железа оставлена вивернутой. Раневая полость выполнена сухими тампонами. Повязка.

10/XII. Общее состояние хорошее. Волей нет. Т нормальная. Повязка обильно промокла гноем. Тампоны удалены. Грануляции розовые, сочные. Отделяемое незначительное. Грудная железа уложена на место. В рану введен тампон с гипер-

тоническим раствором.

12/ХП. Тампон удален. Выделения незначительные, грудная железа мягкая, безболезненная. Края раны подведены друг к другу вплотную и укреплены коллодийной повязкой.

В дальнейшем, ввиду отхождения верхнего края раны, наложены кожные швы, которые на 4-ый день прорезались.

17/ХП. Общее состояние хорошее. Т- нормальная. Болей нет. Отделяемое незначительное. Рана выполняется хорошими свежими грануляциями. Раздражение кожи вокруг раны. Выписывается на амбулаторное лечение.

Через три дня б-ная повторно поступила в клинику по поводу розистого воспаления вокруг послеоперационной раны. После однократного облучения кварцем и стрептоцида внутрь явления рози ликвидировались. Отмечалось свисание грудной железы таким образом, что грануляции верхнего края раны опустились на кожу нижнего края. Клеоловой наклейкой железа подтянута кверху. На 3-ий день б-ная выписана в хорошем состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения.

Б-ная МАЛ-ОКАЯ М.И. 29 лет (ист.бол.№ 7250) поступила в клинику 21/ХП-40г. по поводу правостороннего гнойного мастита.

6/ХП, на второй день после бани, б-ная заметила под соском небольшое затверждение, которое постепенно увеличивалось. С 9/ХП стала повышаться Т, познабливало временами. С 17/ХП опухоль еще больше увеличилась, боли усилились, появилась краснота. Лечилась кварцем, солилюксом. Грудью не кормит (имеет 3-летнего ребенка).

ОБЪЕКТИВНО. Среднего роста, удовлетворительного питания. Органы грудной и брюшной полости без изменений. Правая грудная железа увеличена по сравнению с левой за счет нижне-наружного квадранта. Сосок приподнят. Кожа гиперемирована. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Несколько ниже соска в наружном квадранте кожа резко истончена. Просвечивает гной.

21/III. Под эфирным наркозом ПРОКОЛОМ СКАЛПЕЛЯ НИЖЕ АРЕОЛЫ ВЫПУЩЕН ГНОЙ. Разрез Варденгейера, отгибая наружно-нижний квадрант правой грудной железы до уровня подмышечной впадины. Грудная железа отпрепарирована от фасции и вывернута. Вскрыта гнойная полость. Околососочковый кружок отсосан гноем. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. Тампон. Повязка.

Бактериологически обнаружен серый гемолитический стафилококк.

24/III. Т нормальная. Жалоб нет. Состояние хорошее. Тампон пропитан гноем, удален. Раневая поверхность чистая, слегка кровоточит. Грудная железа подвешена клеоловой наклейкой на надплечьям. В рану введен один тампон с риванолом. Раневые края лежат друг против друга. Повязка.

26/III. Т - нормальная. Состояние хорошее. Повязка промокла, оменена. Тампон удален. Рана зияет. Грудная железа подвешена клеоловой повязкой.

30/III. Состояние хорошее. Т - нормальная. Ввиду несовпадения краев раны, грудная железа клеоловой тягой несколько подтянута наружу. Выписывается для амбулаторного лечения.

2/1. Являлась амбулаторно. Состояние хорошее, Т - нормальная. Рана в виде узкой гранулирующей полоски.

ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО СПОСОБУ АНГЕРЕРА.

Б-ная ВАИ-ВА А.Г. 21 года (ист.бол.№ 1719) поступила в клинику 4/1У-39 г. по поводу болей в правой грудной железе. Заболела около 2-х недель назад. 26/II были первые роды, после которых в течение 20 дней болела, находясь в родильном доме. В 20-х числах марта заметила появление болезненных трещин на правом соске. Одновременно повысилась Т, б-ная потеряла покой и сон. Грудная железа увеличилась, стала очень болезненной, особенно во время кормления.

Лечилась полуспиртовыми компрессами — без улучшения.

ОБЪЕКТИВНО. Б-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Правая грудная железа значительно увеличена. Кожа гиперемирована, лоснящаяся. При пальпации железа плотна и резко болезненна. Определяется глубокая флюктуация. Сосок втянут.

5/1У. Операция. Под эфирным отглушающим наркозом произведен радиарный разрез в верхней половине железы в месте наиболее выраженной флюктуации. Выделилось большое количество гноя. Гнойная полость, обследованная пальцем, распространяется в нижне-наружный квадрант, где и произведена контрапертура широким радиарным разрезом. Раневая полость выполнена тампонами, пропитанными меркуросептом 1 : 1000. Поддерживающая грудь повязка. Послеоперационный период протекал при нормальной Т. На четвертый день тампоны оменены, а на седьмой день удалены.

12/1У выписана в хорошем состоянии, с выполняющимися

здоровыми грануляциями ранами на амбулаторное лечение.

Б-ная ВОР-ВА Н.14 лет (ист. бол. № 6332) поступила в клинику 10/УП-39г. с жалобами на болезненную припухлость левой грудной железы.

Заболела 40 дней назад. 1/У1, придя из школы, почувствовала болезненное уплотнение в левой грудной железе. Повислась Т. 8/У1 амбулаторно был произведен небольшой разрез, после чего состояние улучшилось и Т спустилась до нормы. Все время ходила в амбулаторию на перевязки.

8/УП почувствовала боли и появилось новое уплотнение в этой же грудной железе. Повисилась Т.

ОБЪЕКТИВНО. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. На коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов имеются псориазические бляшки. Органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа увеличена и напряжена. В верхне-наружном квадранте имеется свищевое отверстие, из которого выделяется желтоватый гной. При пальпации в толще этого же квадранта определяется болезненный флюктуирующий инфильтрат.

10/УП. Операция - под эфирным наркозом. Свищ в верхне-наружном квадранте рассечен по зонду в радиарном направлении. Рана, введенным в полость пинцетом Пеана, расширена. Выделился сливкообразный желтый гной. В наружно-нижнем квадранте сделана контрапертура. Введены сухие тампоны.

После операции самочувствие удовлетворительное. Т снизилась, но вечерами продолжает оставаться субфебрильной.

12/УП при перевязке в верхне-наружном квадранте обна-

ружен небольшой подкожный абсцесс, который тут-же вскрыт.

В дальнейшем умеренные гнойные выделения, раны гранулируют. Т вечерами держится.

17/УП под эфирным наркозом расширены старые раны. После обследования полости пальцем обнаружен затек в нижней половине железы, где произведено два радиарных разреза. Выделилось много гноя. Введены сухие тампоны.

Дальнейшее гладкое течение. Раны выполняются хорошими сочными грануляциями. Гнойного отделяемого меньше. Т нормальная.

25/УП выписывается на амбулаторное лечение.

В-ная КРУ РОВА А.С. 23-х лет (ист. бол. № 12925) поступила в клинику 13/УП-39г. с жалобами на боли в правой грудной железе, высокую Т, общее недомогание, плохой аппетит.

Заболела 3 дня назад. В правой грудной железе появились рвущие боли, Т повысилась до 39<sup>0</sup>. Железа увеличилась, стала болезненной. Лечилась амбулаторно согревающими компрессами, но улучшения не наступало и направлена в клинику для оперативного лечения.

ОБЪЕКТИВНО. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Т -39<sup>0</sup>. Пульс 124 в 1' удовлетворительного наполнения. Больная стонет.

Правая грудная железа увеличена в объеме, плотная, резко болезненна при пальпации. Кожа верхней половины железы гиперемирована, отечна. При опускании в глубину инфильтрата определяется неясно выраженная флюктуация.

Дежурным врачом под хлор-этиловым отлушением произведен радиарный разрез в верхней половине железы. Подкожно-жировая клетчатка и верхний слой железы на разрезе не из -

менены. В глубине обнаружен гнойный очаг, из которого выделилось около 5 куб.см. густого гноя. При обследовании пальцем гнойной полости обнаружено, что гнойник распространяется к верхне-внутреннему квадранту, где радиарным разрезом наложена контрпертура.

В остальных местах железа плотная, без признаков расплавления. В раны введены сухие тампоны. Повязка.

После операции больная почувствовала облегчение, перестала стонать. Боли исчезли.

Ночью снова стала жаловаться на боли в правой грудной железе. К утру  $T - 39^{\circ}$ , пульс 110 в 1'. Общее состояние тяжелое, головная боль.

При перевязке железа большая, напряженная. При надавливании на грудную железу из-под кожных краев раны выделяется густой гной. Тампоны удалены и под хлор-этиловым раствором произведено три добавочных радиарных разреза в наружной и нижней половине железы. Вскрыты гнойники, из которых выделилось много гноя. Тампоны. Повязка.

Послеоперационный период в течение шести дней протекал с повышенной  $T$  до  $38^{\circ}$ , с густым гнойным отделяемым, при общем хорошем самочувствии.

С 21/ХП  $T$  снизилась до нормы, гноя стало меньше, раны выполняются здоровыми, сочными грануляциями.

27/ХП выписана на амбулаторное лечение.

В-ная АНД-ВА В.С. 19 лет (ист. бол. № 3545) поступила в клинику 19/У1-39г. по поводу двухстороннего гнойного мастита.

Больная кормящая мать. 26/У были первые нормальные роды. Сразу же после родов появились трещины на сосках.

5/У1 заболела левая грудь, а 8/У1 заболела правая. Т с начала заболевания держится на высоких цифрах 39-40°. Больная потеряла аппетит и сон. Последние дни длительные ознобы.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа несколько отечна, особенно внутренняя половина ее, мало болезненна при пальпации.

Правая грудная железа гиперемирована, отечна, резко болезненна. В нижне-наружном квадранте прощупывается инфильтрат, в центре которого определяется флюктуирующий очаг размягчения. Правые подмышечные лимфатические железы увеличены и болезненны.

19/У1 Операция. Под эфирным оглушением произведен радиарный разрез в нижне-наружном квадранте правой грудной железы. Выделился гной. В полость введен сухой тампон.

На левую грудную железу наложен согревающий компресс. На обе грудные железы наложены поддерживающие повязки.

23/У1 потрясающий озноб, Т -40,2. Язык сухой.

Из инфильтрата внутренней половины левой грудной железы пункцией удалено около 25 куб.см.гноя, смешанного с молоком.

25/У1 под местной анестезией РАДИАРНЫМ РАЗРЕЗОМ на внутренней поверхности левой грудной железы вскрыт гнойник, из которого выделилось много гноя. Тампон. Повязка. Больная кормит обеими грудями.

26/У1-1/УП Т держится. Язык оуховат. Самочувствие плохое. Под эфирным наркозом тупо расширены старые раны.

В верхне-наружном квадранте правой грудной железы обнаружен новый гнойник, который ВСКРЫТ ЧЕРЕЗ СТАРЫЙ раз-

рез и через новый разрез на латеральной поверхности железы.

В дальнейшем Т продолжала повышаться временами до 40, 2<sup>0</sup>.  
Аппетит плохой. Б-ная сильно ослаблена. Новых очагов обнаружить не удается.

С 2/УИ Т снизилась до нормы, состояние улучшилось, появился аппетит. Раневые поверхности покрылись свежими, здоровыми грануляциями, отделяемое значительно уменьшилось.

9/УИ произведена трансфузия 200 куб. см. крови.

10/УИ больная выписана на амбулаторное лечение.

Б-ная МЕД-ВА С. В. 35 лет (ист. бол. № 6396) поступила в клинику 29/ХI-38 г. с жалобами на боли в правой грудной железе, высокую Т, общее недомогание.

В июле 1938 г. произошли нормальные четвертые по счету роды. В октябре появились трещины на соске правой грудной железы. Лечилась в консультации прижиганиями. В дальнейшем появились боли в правой грудной железе. В ноябре месяце в поликлинике было произведено три разреза, но боли не прекращались, отек не уменьшался, выделения из ран были все время обильными. Т держалась, временами давая высокие цифры.

ОВ'ЕКТИВНО. Больная правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Кожа и видимые слизистые бледноваты. В органах грудной клетки кроме глуховатых тонов сердца отклонений от нормы нет. Т - 38,8. Пульс 120 в 1' удовлетворительного наполнения.

Правая грудная железа увеличена и отечна. В верхнем и нижне-внутреннем квадрантах имеются небольшие раны с гнойным отделяемым. В толще желез верхне-наружного квад-

ранта прощупывается резко болезненный инфильтрат. Из соска при надавливании на железу выделяется гной.

29/ХI. Операция. Под хлор-этиловым оглушающим наркозом произведено три радиарных разреза в наружной половине грудной железы и расширение трех имеющихся разрезов. Выделилось большое количество гноя. При обследовании пальцем полости ран из соска выделяется гной. Раневые полости выполнены сухими тампонами. Повязка.

Послеоперационное течение гладкое. Т все время нормальная. Общее состояние хорошее. Во время перевязок через 2-3 дня сменялись тампоны и с 7/ХII раны оставлены без тампонов.

9/ХII. Выписана на амбулаторное лечение.

В-ная ДА-ВА Е.И. 27 лет (ист.бол.№ 1212) каретой скорой помощи доставлена в клинику 12/III-42 г. по поводу сильного кровотечения из ран левой грудной железы.

12/1 родила второго живого ребенка. Через 6 дней после родов повысилась Т и появились припухлость и боли в левой грудной железе. Лечилась согревающими компрессами. 14/II в поликлинике были произведены радиарные разрезы, после чего больная почувствовала облегчение, боли уменьшились, из ран выделялся гной, но Т продолжала держаться по вечерам субфебрильной. 22/II ребенок умер и с тех пор больная грудью не кормит. Ежедневно перевязывалась в поликлинике, где в раны вводились тампоны.

Сегодня через 3 часа после перевязки повязка стала обильно промокать кровью. Вызванная карета скорой помощи доставила больную в клинику.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Повязка левой грудной железы сильно пропитана кровью. По снятии повязки обнаружено два радиарных разреза в верхней половине грудной железы с тампонами, пропитанными гноем и кровью. На одной из ран имеется сгусток крови. Кровотечение остановилось. Наложена тугая повязка, назначен покой и холод на грудь.

Гемограмма: Нв 65%, эр.3.500.000, лейк.25.100. палоч. 6, сегм.77,5, лимфоц.10, моноц. 6,

14/1. Состояние удовлетворительное, повязка обильно промокает гноем. Т вечерами 38,6. Болей не отмечает. Кровотечения не было.

18/1 состояние удовлетворительное, Т утром нормальная, вечером 37,6. Повязка обильно промокла гноем. Тампоны удалены. По краю одного разреза на грануляционной поверхности образовалась небольшая гематома.

19/1 ввиду обильного гнойного отделяемого из глубины ран и повышенной Т под хлор-этиловым наркозом произведено расширение ран в верхней половине грудной железы. Звездением в рану пальцем обследована раневая поверхность, которая идет в ретромаммарное пространство. Выделилось много гноя. Наложены в нижне-наружном и внутреннем квадрантах три контрапертуры. Раны выполнены сухими тампонами. Поддерживающая грудь повязка.

При посеве гноя выделен стрептококк.

22/III. Самочувствие удовлетворительное. Повязка обильно промокла гноем и кровью. Т вчера вечером 38,2. Жалобы

на боли в горле. Зев гиперемирован. Тампоны удалены и заменены другими, пропитанными гипертоническим раствором. В дальнейшем отделяемого меньше, Т снизилась до нормы. Ра- ны постепенно выполняются грануляциями.

ЗО/III выписана на амбулаторное лечение.

Б-ная СТР-ЗА В.С. 27 лет (ист.бол. № 37) поступила в клинику 2/1-40 г. с жалобами на боли в левой грудной железе, высокую Т.

Заболела 23/II через 7 дней после вторых чормальных родов. В верхне-наружном квадранте сперва появилось два красноватых пятнышка, а спустя два дня образовалось болезненное уплотнение. Температура повысилась до 39,0, был озноб. На грудь ставила согревающие ихтиоловые компрессы.

ЗО/III амбулаторно было произведено два радиарных разреза. На следующий день больная получила облегчение, но Т не снижалась и в верхнем отделе грудной железы появилось новое болезненное уплотнение.

ОБЪЕКТИВНО. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы.

В наружной половине левой грудной железы имеются две раны длиной каждая в 4-5 см, с гнойным отделяемым.

В верхне-наружном квадранте имеется ограниченная краснота, при пальпации определяется болезненный инфильтрат с ясно выраженной флюктуацией.

2/1. Операция под эфирным наркозом. Произведен разрез в верхне-наружном квадранте грудной железы длиной в 5 см. Выделилась гнойная жидкость. Рана в глубине соединена со старыми разрезами, которые несколько расширены и введены су-

ние тампоны.

На второй день Т и вечеру повысилась до 40,8, но на следующий день понизилась и до конца пребывания в клинике оставалась нормальной. Раны обильно выделяли гной. Тампоны сменялись через день. С 14/1 стали применять тампоны с меркуросептом в растворе 1 : 1000, после чего гнойное отделяемое резко уменьшилось, раны покрылись свежими, сочными грануляциями и 17/1 в хорошем состоянии выписана на амбулаторное лечение.

В-ная М-НПР 36 лет (ист. бол. № 4555) поступила в клинику 30/IX-42 г. по поводу левостороннего гнойного мастита.

23/VI появилось болезненное затверждение в левой грудной железе. Применяла ихтиоловые и спиртовые компрессы, синий свет, но улучшения не наступало. Т временами достигала 39°.

В-ная 2 месяца назад родила второго ребенка. Роды прошли нормально. На 3-ий день после родов на сосках появились трещины, но продолжала кормить ребенка грудью.

26/IX амбулаторно были произведены разрезы. На 3-ий день после операции ночью был сильный озноб, Т поднялась до 38°, появились боли и больная поступила в клинику.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа увеличена в размерах, напряжена. Кожа гиперемирована, блестяща. Левый сосок выше правого. В верхней половине грудной железы имеется три операционных разреза с введенными тампонами, обильно пропитанными гноем. Нижне-наружный квадрант выбухает, при пальпации резкая болезненность с размягчением в центре.

30/IX под хлор-этиловым наркозом раны в верхней половине грудной железы расширены. В наружном и внутреннем нижнем

квадранте произведено три новых радиарных разреза с контр-апертурой в верхне-внутреннем квадранте. Выделилось большое количество жидкого гноя. Раневые полости выполнены сухими тампонами.

3/X общее состояние удовлетворительное. Т накануне вечером 39,9, утром субфебрильная. Повязка обильно промокла гноем. Тампоны удалены и заменены другими с гипертоническим раствором.

8/X после перевязки было сильное кровотечение из эрозированного в ране сосуда. После перевязки сосуда кровотечение остановилось. Т вечерами субфебрильная. Из ран обильные гнойные выделения. Жалуется на слабость.

12/X повязка обильно промокает гноем. За последние три дня Т нормальная, аппетит, сон хорошие.

17/X Со вчерашнего дня стала жаловаться на ознобы, слабость, головную боль и отсутствие аппетита. Т вечерами повышается до 38<sup>0</sup>. Повязка обильно промокает гноем. Раны покрыты вялыми бледными грануляциями.

Под местной анестезией вскрыт поверхностный абсцедирующий участок.

С 21/X самочувствие лучше, Т нормальная. Раны стали выполняться свежими розовыми грануляциями, но гнойные выделения остаются обильными, временами к отделяемому примешивается молоко.

24/X выписывается в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

1/X1 Т поднялась до 40<sup>0</sup>. Появились боли в левой грудной железе и больная снова поступает в клинику.

При осмотре левая грудная железа имеет воспалительную красноту и припухлость в верхней половине ее. При надавливании из раневых отверстий выделяется гной. В раны введены резиновые дренажи и наложена повязка, обильно смоченная гипертоническим раствором.

8/XI левая грудная железа увеличена, плотна, болезненна; при надавливании из ретромаммарного пространства через раны выделяется много гноя. Т субфебрильная.

Под хлор-этиловым оглушением произведено расширение ран. Введенным в рану пальцем разрушены все перемычки и вскрыто ретромаммарное пространство. Введены сухие тампоны.

На следующий день Т повысилась до 39,6, а затем снизилась до нормы до момента выписки. Раны постепенно выполнялись грануляциями. С 23/XI тампоны больше не вводились. 25/XI с закрывшимися ранами больная выписана домой.

В-ная ЗНР-ВА А.Д. 37 лет (ист. бол. № 7006) поступила в клинику 9/XII-40г. с жалобами на боли в правой грудной железе, опухоль и повышенную Т.

Заболела 2/XII, спустя 4½ месяца после родов. Кормит ребенка грудью. Два месяца назад перенесла левосторонний мастит.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

В области левой грудной железы 3 радиарно идущих линейных рубца. Правая грудная железа резко увеличена за счет припухлости нижне-наружного квадранта, где кожа сильно гиперемирована. При ощупывании определяется плотный инфильт-

рат, занимающий весь ниже-наружный квадрант и доходящий до соска. В центре инфильтрата и в области околососкового кружка определяется флюктуация.

9/ХП под записью азота произведен радиарный разрез в ниже-наружном квадранте, доходящий до околососкового кружка. Вскрыта полость, из которой выделился жидкий гной. Введен тампон. Повязка.

11/ХП. Общее состояние хорошее, Т нормальная. Жалоб нет. Тампон, пропитанный гноем, удален. Рана хорошо заживает. Небольшое количество гнойных выделений. Введен тампон с гипертоническим раствором.

В течение пяти дней состояние хорошее. Т нормальная. Повязка сухая. На 6-ой день вечером был озноб. Т повысилась до 39,0. Отмечает незначительные боли в грудной железе. При перевязке легкая краснота кожи в окружности раны, подозрительная на рожу. На дне раны небольшое количество гноя. При ощупывании вокруг раны ткань уплотнена. Из дна раны при надавливании в окружности течет струйкой жидкий гной. Введен тампон до дна раны. Назначена эритемная доза кварца и стрептоцид внутрь.

17/ХП Т упала до нормы, состояние удовлетворительное. Болей нет. Повязка умеренно промокла.

Дальнейшее гладкое течение. Рана выполняется сочными, яркими грануляциями.

21/ХП. Тампоны удалены. Сухая повязка.

Выписывается на амбулаторное лечение.

2/1 являлась амбулаторно. Общее состояние хорошее. Небольшая гранулирующая поверхность.

Приступила к работе.

ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО СПОСОБУ ВИШНЕВСКОГО.

Е-ная ВИСТ-ВА А.В. 23 лет (ист. бол. № 1984) поступила в клинику 1/1У-41г. с жалобами на боли и припухлость в левой грудной железе, свища с гнойным выделением и общую слабость, Т - 38,3.

Заболела три недели назад. Появились боль, уплотнение и краснота около соска левой грудной железы. Лечилась ихтиоловыми компрессами и кварцем. Припухлость увеличивалась, боли усиливались, образовался свищ, из которого выделялся гной. 4 дня назад из свища выделилось много гноя. С момента заболевания перестала кормить больной грудью. Т держится все время высокой, из за болей ночами не спит, общее недомогание, аппетит плохой. 5 недель назад были роды вторым ребенком. После родов болели соски, были трещины.

ОБЪЕКТИВНО. Левая грудная железа резко увеличена. Кожа гиперемирована с цианотичным оттенком особенно в верхнем квадранте. При пальпации в правой половине железы прощупывается плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Кнаружи от соска имеется два свища, из которых течет гной.

2/1У под закисью азота произведен разрез через свищи от околососкового кружка кнаружи, почти до наружного края железы. Вскрыта полость, стенки которой представляют собой плотный инфильтрат. Из этой полости имеется ход в верхне-внутренний квадрант железы (в области флюктуации). Выделилось большое количество гноя. Вскрыта полость с распадом тканей, которые удалены. Дно полости уходит в нижнюю половину железы позади соска и околососкового кружка. Произведена контрапертура в нижней

половине грудной железы. Тампон с мазью Вишневского. Повязка.

После операции Т снизилась, общее состояние удовлетворительное. Аппетит, сон лучше.

На 3-ий день 5/1У тампоны, пропитанные гноем, отошли легко. Из ран выделяется немного гноя.

9/1У самочувствие удовлетворительное. Жалоб нет. При перевязке удален пропитанный гноем тампон. Грануляции бледные, вялые с фибринозным налетом. Введены тампоны с мазью Вишневского.

14/1У Т повысилась до 37,8. Беспокоят небольшие боли в груди.

Гемограмма от 14/1У: Эритро. 2620.000, Гв-40%, лейкоцит. 10.600, базофил 1, эозин.3, пал.10,5, сегм.66, лимфоц.16, моноц. 3,5, РОЭ 25 мм в 1 час.

14/1У в верхне-внутреннем квадранте появилась болезненная припухлость, кожа гиперемирована, при окупывании - инфильтрат с размягчением в центре.

ПРОИЗВЕДЕН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ в верхне-внутреннем квадранте у периферии железы. Выделился гной.

В течение 4-х дней после этого состояние хорошее. Болей нет. Т нормальная. Вольной грудью не кормит.

18/1У вечером был озноб, Т  $39^{\circ}$ , болей нет.

На следующий день Т опустилась до нормальной. Железа безболезненна, но грануляции вялые. В дальнейшем самочувствие удовлетворительное, но жалуется на общую слабость. Из ран небольшие гнойные выделения, грануляции бледноваты. Кормит только здоровой грудью.

28/1У выписана на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 10/V. Общее состояние хорошее. Прибыла в весе. Повязка почти не промокает. Грудная железа плотновата, безболезненна. Имеются 4 раны в виде узких полос грануляций, которые стягиваются рубцами.

Б-ная ЛМ-КО Д.А. 21 года (ист. бол. № 1229) поступила в клинику 25/II-41г. с жалобами на сильные боли в левой грудной железе, ознобы, общее недомогание, отсутствие аппетита.

Больная кормящая мать, родила 15/I первого доношенного ребенка. Роды прошли нормально. Сразу же после родов появились трещины на сосках. Больная смазывала соски вазелином и продолжала кормить ребенка. На правой грудной железе трещины зажили, а на левой остались.

Несколько дней назад на правой грудной железе был маленький чирей с гнойной головкой. Дней 10 тому назад в области левой грудной железы появилось небольшое мало болезненное затверждение. Лечилась компрессами, но затверждение продолжало увеличиваться. Пять дней назад начались сильные стучащие боли в наружной половине левой грудной железы, повысилась Т до  $41,2^{\circ}$ , несколько раз ознобило, появилось общее недомогание, потеряла сон, пропал аппетит. Два дня назад из-за сильных болей перестала кормить грудью ребенка.

26/II в наружной половине левой грудной железы появилась краснота.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Левая грудная железа значительно припухла главным образом за счет увеличения наружной половины. Кожа наружной по-

ловини слегка гиперемирована. В толще ее прощупывается большой болезненный инфильтрат. Явной флюктуации не определяется, опухивание резко болезненно. Подмышечные лимфатические железы не прощупываются.

26/II. Операция. Под местной анестезией *Sol Novocaini* 1% - 200,0 в ретромаммарное пространство и в кожу в нижне-наружном квадранте радиарно по ходу будущего разреза. Произведен радиарный разрез длиной в 7-8 см. через слой инфильтрата до околососнового кружка. Кожа и подкожная клетчатка без изменений. Вскрыта небольшая полость, содержащая гной. Полость обследована пальцем, при чем обнаружены ходы, сообщающие ее с двумя другими полостями в толще верхне-наружного и верхне-внутреннего квадрантов. Перегородки, разделяющие камеры, по возможности устранены. Выделилось еще значительное количество гноя. Полость выполнена тампонами с мазью Вишневского после обработки ее спиртом.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен гемолитический стафилококк.

27/II. Боли стихли. Появился аппетит. Повязка слегка промокла эмульсией с примесью крови. Т - 38,0.

1/III. Т - 36,8. Болей нет. Общее состояние удовлетворительное. Смена верхних слоев повязки.

3/III. Т нормальная. Грудная железа мягкая. Удалены тампоны. В ране хорошие грануляции. Отделяемого немного. Введен тампон с мазью Вишневского. Кормит больной грудью. Выписана на амбулаторное лечение.

Е-ная НОВ-ВА Л.Г. 23-х лет (ист. бол. № 1982) поступила в клинику 2/IV по поводу правостороннего гнойного мастита с жалобами на сильные боли в правой грудной железе, общее тяжелое состояние, бессоницу.

28/II родила первого ребенка. Роды прошли нормально. Ребенка кормила грудью. 14/III выписалась из родильного дома, но вскоре появились боли в правом соске, возникавшие во время кормления, и заметила трещину на соске. Больная стала сцеживать молоко грудостсосом. 18/III начались сильные боли в правой грудной железе, появилось болезненное затверждение в верхней половине ее, T поднялась до 40,2°. Был сильный озноб. Больная лечилась согревающими компрессами. T все время держалась высокой, опухоль и боли нарастали.

ОБЪЕКТИВНО. В-ная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Правая грудная железа больших размеров, вся равномерно припухла, кожа резко гиперемирована. При опухивании резкая болезненность и ясно выраженная флюктуация в верхней половине грудной железы. Движения правой рукой ограничены из-за болей в подмышечной впадине, где прощупываются болезненные лимфатические железы, увеличенные до размеров боба.

2/IV операция. Под занисью азота произведен радиарный разрез в верхней половине железы от околососкового кружка к периферии железы длиной около 12-15 см. Открыта большая полость, из которой выделилось много жидкого гноя и из которой ведут ходы в толщу железы. Произведены разрезы вглубь железы, соединяющие камеры в одну большую полость. Кожа на протяжении всей верхней половины грудной железы отслоена гноем. В гнойную полость, после обработки ее спиртом, плотно введены тампоны с мазью Вишневского. Повязка.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый стафилококк.

После операции состояние улучшилось. Т снизилось до нормы, боли почти исчезли.

На 3-ий день 5/1У перевязка. Из раны свободно отошли тампоны, пропитанные гноем. На дне раны появились яркие грануляции. В карманах под отслоенной кожей гноя нет. Введены тампоны с мазью Вишневского.

9/1У. Малоб нет. Т - 36,9. Повязка промокла гноем. Перевязка. Тампоны удалены. В ране сочные, розовые грануляции. Во внутренней половине грудной железы небольшое слегка болезненное затверждение. В рану введен тампон с мазью Вишневского.

Гемограмма от 12/У: Нв 60%, эритро. 4.070.000, лейкоц. 6.400, палоч. 10, сегм. 48,5, лимфоц. 28,5, моноц. 28,5, мон. 10, клетки тюрна 1, РОЭ 55 мм в час.

14/1У. Накануне вечером был озноб. Т повысилась до 40°. Снова появились боли в правой грудной железе. В наружной половине железы краснота и припухлость. На границе между верхним и нижним внутренним квадрантом имеется ограниченный инфильтрат и гиперемия. В центре его ощущается флюктуация. Правые подмышечные железы увеличены и болезненны.

Произведен ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ на границе между верхним и нижним внутренним квадрантами. Вскрыта полость, из которой выделилось значительное количество гноя и которая сообщается с первой раной. Тампон с мазью Вишневского.

17/1У. Состояние хорошее. Т нормальная. Раны выполняются хорошими сочными грануляциями. Грудная железа несколько уплотнена, пастозна. В толще ее болезненных инфильтратов не определяется.

Переводится в Ин-т ОММ, где находится ребенок больной.

В дальнейшем больная являлась 22/IV и 4/V на перевязки с хорошо гранулирующими поверхностными ранами с незначительными гнойными отделяемыми. Ребенка правой грудью не кормила.

10/V вновь поступает в клинику по поводу болей в правой грудной железе, повышения T до 40,9<sup>0</sup>, ознобов и общего тяжелого состояния.

При осмотре в верхне-наружном квадранте правой грудной железы определяется новый плотный болезненный инфильтрат величиною с куриное яйцо с слегка гиперемизированной кожей. Раневые поверхности в верхней и внутренней половинах грудной железы покрыты розовыми грануляциями. Правые подмышечные железы увеличены и болезненны.

Проведено консервативное лечение. Сделан новокаиновый блок по Вишневскому. В ретромаммарное пространство введено 100 куб. см. 1/4% раствора новокаина и кроме того в толщу инфильтрата введено 3 куб. см. смеси стрепто и стафилофага. На грудную железу наложен компресс с эмульсией Вишневского. К вечеру T упала и больше не повышалась, боли стихли, инфильтрат в толще железы уменьшился и спустя пять дней совершенно рассосался.

20/V больная с почти закрывшимися ранами, покрытыми корочками, в хорошем состоянии выписана домой.

При дальнейшем амбулаторном наблюдении новых очагов не возникало. Раны зарубцевались. Грудная железа осталась плотной с втянутым соском.

Е-ная БРИ-ВА Е.И. 30 лет (ист. бол. № 1854) поступила в клинику 1/II-41 г. по поводу послеродового правостороннего гнойного мастита и рожистого воспаления.

Больная кормящая мать (ребенок 3-ий по счету, родился

8/1). Роды прошли нормально; на 5-ий день выписалась из родильного дома. Как только начала кормить грудью, появились трещины на сосках.

12/1 больная, сцеживая молоко, заметила выделение гноя из соска, появилась краснота кожи, грудь стала распухать. Через 3 дня начались сильные боли, был жар, ознобы, (Т больная не измеряла) не спала много ночей. Лечилась в амбулатории согревающими и ихтиоловыми компрессами. Больная направлялась на операцию, но она не хотела оставлять ребенка и ехать в город. Через 2 недели прорвался гной, которого выделилось мало с примесью молока. Припухлость железы держалась.

19/II больная была в клинике, но от госпитализации отказалась. Амбулаторно был сделан радиарный разрез через свищ под местной анестезией. Ежедневно ходила на перевязки в амбулаторию по месту жительства. Гноя выделялось много. 27/II наступило ухудшение, грудь вновь нагрудилась, появились боли, Т - 39<sup>0</sup>, озноб.

1/III поступила в клинику.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовые. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы. Кожа в области правой грудной железы резко гиперемирована, краснота имеет четкие границы - фестонами. Грудная железа припухла, в наружной половине ее рана покрыта бледными грануляциями вида рыбьего мяса. В толще грудной железы, в наружной ее половине плотный, болезненный инфильтрат, при ощупывании которого из раны появляется гной.

Больной назначен стрептоцид внутрь и эритемная доза кварца на правую грудь.

4/III Т упала до нормы. Общее состояние лучше. Краснота на коже грудной железы исчезла. Из раны в наружной половине железы течет гной. В толще железы прощупывается инфильтрат, в центре которого определяется размягчение.

4/III. Операция. Под эфирным раужнаркозом радиарный разрез по старой ране, удлинив ее. Вскрыта полость, распространяющаяся в верхне-наружный квадрант и внутри до соска. Выделилось много гноя. Полость обработана спиртом и выполнена тампонами с мазью Вишневского.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен гемолитический стрептококк.

Гемограмма от 4/III: Нв 58%, эритроц. 3.450.000, лейкоц. 6.800, эозин. 2, 7, палоч. 7, 8, стем. 62, лимфоц. 19, 8, моноц. 8, 7, РОЭ - 9 мм в час.

5/III Т повысилась до 39,7<sup>0</sup>, вечером 40<sup>0</sup>. Выл озноб. Болей нет, аппетит плохой.

6/III Т снизилась до 37,9. Общее состояние лучше. Повязка умеренно промокает.

7/III. Перевязка. Тампоны, пропитанные гноем, удалены. В ране появились чистые грануляции. В окружности раны небольшая краснота без четких границ. В рану введены тампоны с мазью Вишневского.

Дальнейшее течение без особенностей. Т снизилась до нормы. Общее состояние хорошее. Отмечалось обильное выделение гноя из раны. В верхней половине грудной железы прощупывался инфильтрат с размягчением в центре, откуда при легком надавливании выделяется гной через операционную рану в наружной половине железы. Инфильтрат постепенно рассосался, количество гноя уменьшилось и больная 29/III с хорошо гранулирующей раной выписалась на амбулаторное лечение.

4/1У больная являлась амбулаторно. Общее состояние хорошее. Рана зажила. В наружной половине грудной железы не большое уплотнение.

В-ная ВАХ-ВА А.В. 29 лет (ист.бол.№ 1147) поступила в клинику 22/II-41г. по поводу сильных болей в левой грудной железе, повышенной Т -39<sup>0</sup>, плохого общего самочувствия.

Больная беременна на девятом месяце. Беременность 4-ая по счету. Было трое нормальных родов. Грудницей не болела. Детей кормила грудью.

Неделю назад появилось болезненное затверждение в левой грудной железе, был озноб, повысилась Т. Через два дня грудь еще больше затвердела, боли стали сильно беспокоить, пропах сон. Больная лечилась согревающими компрессами, но болезненные явления с каждым днем все больше нарастали.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Органы грудной и брюшной полости в пределах нормы. Левая грудная железа припухла главным образом за счет увеличения ниже-наружного квадранта. Кожа гиперемирована, подкожные вены расширены. Инфильтрат уходит в толщу железы и распространяется в выше-наружный квадрант. На границе между выше и ниже-наружными квадрантами имеется ограниченная припухлость у сосисового кружка, в центре ее явная флюктуация. В ниже-наружном квадранте также определяется флюктуация. Железа подвижна.

22/II. Операция под местной анестезией. В ретромаммарное пространство введено 200 куб.см. 1/4% раствора новокаина. Анестезия кожи в выше-наружном и ниже-наружном квадрантах по ходу будущих разрезов. Произведено два радиарных разреза

Вскрыта большая гнойная полость, разделенная перегородками на несколько камер разной величины. Выделилось много гноя. Перегородки между камерами разрушены, после чего образовалась одна большая полость, которая обработана спиртом и выполнена тампонами с эмульсией Вишневского.

При бактериологическим исследовании гноя обнаружен стрептококк и гемолитический стафилококк.

Послеоперационное течение гладкое. В ранах быстро появились сочные грануляции и уменьшилось количество гнойных выделений.

1/II T нормальная. Грудная железа мягкая, безболезненная. Тампоны мало промокли гноем. В ранах хорошие, сочные грануляции, выполняющие раневую полость.

Выписана на амбулаторное лечение.

Б-ная КОМ-ВА Е.Д. 38 лет (ист.бел. № 1545) поступила в клинику 17/II-41г. по поводу пупырчатого левостороннего гнойного мастита с жалобами на боли в левой грудной железе, повышенную T, припухлость и красноту.

Больная месяц назад родила первый раз недоношенного на 2 недели ребенка. После родов было ручное обследование матки, после чего три дня была высокая T и ознобы. Через 15 дней после родов 2/II выписалась из родильного дома. На другой день у ребенка поднялась T до 40<sup>0</sup> и появился нарыв на опинке. Через 10 дней после разреза нарыва ребенок умер.

1/II, еще будучи в родильном доме, больная заметила фурункул на левой грудной железе в верхней половине ее. Трещин на сосках не было. Через 2-3 дня глубоко в толще левой грудной железы появилось болезненное ядрышко. Больной грудью кормила мало. 13/II после смерти ребенка больная почувство-

вала недомогание, Т -37,7. 15/III был озноб и Т повысилась до 38,3. В верхней половине грудной железы увеличилось затвердение, появилась краснота. Лечилась согревающими компрессами. ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые бледны. Органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы.

В верхней половине левой грудной железы над околососковым кружком к периферии имеется резко выраженная ограниченная припухлость величиною с куриное яйцо и краснота. В левой подмышечной впадине прощупываются увеличенные болезненные лимфатические железы.

Гемограмма от 18/III: Нв 40%, эритроц. 3.650.000, лейкоц. 7000, эозин. 4, пал. 21, сегм. 43, лимфоц. 28, моноц. 4, РОЭ 28 мм в час.

17/III в день поступления в клинику операция под местной анестезией по Вишневскому. В ретромаммарное пространство введено 150 куб. см. 1% раствора новокаина. Инфильтрирована кожа в радиарном направлении кверху от соска по ходу будущего разреза. В верхней половине железы произведен радиарный разрез длиной в 6 см. Открыта хорошо ограниченная полость, из которой выделялся гной. Полость обработана спиртом и выполнена тампоном с мазью Вишневского.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен стафилококк.

20/III. Общее состояние удовлетворительное. Т нормальная. Жалобы на общую слабость. Повязка промокла эмульсией Вишневского. Перевязка. Тампоны, умеренно пропитанные гноем, удалены и заменены другими с мазью Вишневского.

22/III. Самочувствие хорошее. Болей нет. Грудная железа мягкая, безболезненная. В ране хорошие грануляции. Введен

тампон с мазью Вишневского.

24/Ш. Общее состояние хорошее. Т нормальная. Жалоб нет. Рана выполнена хорошими грануляциями. Гноя почти нет. Наложена повязка без тампонов и выписана домой.

При амбулаторной явке 2/1У рана резко уменьшилась, поверхностная, покрыта здоровыми грануляциями.

Б-ная ДЕМ-ВА О.П. 35 лет (ист.бол.№ 703) поступила в клинику 31/1-41г. с жалобами на боли в левой грудной железе.

Заболела спустя 4 месяца после первых нормальных родов. Ребенка кормила все время грудью. Трещин на сосках не отмечала.

20/1 почувствовала болезненное уплотнение в толще левой грудной железы. Кожа над уплотнением покраснела. Лечилась содовыми компрессами.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Сердце, легкие и органы брюшной полости без отклонений от нормы.

Левая грудная железа значительно припухла за счет увеличения преимущественно верхне-наружного квадранта. Кожа гиперемирована. В толще грудной железы в верхне-наружном квадранте прослушивается болезненный инфильтрат, распространяющийся книзу.

2/П под местной анестезией по Вишневскому произведен радиарный разрез в верхне-наружном квадранте длиной в 6 см. Вскрыта полость, содержащая жидкий гной и распространяющаяся в нижне-наружный квадрант. Введенным в рану пальцем обследована полость, оказавшаяся значительных размеров. После анестезии кожи в нижней половине железы радиарным разрезом наложена контрапертура в нижне-наружном квадранте. Полость обработана спиртом

и выполнена тампонами с мазью Вишневского. Наложена поддерживающая грудь повязка.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен гемолитический стафилококк.

На следующий и последующие дни после операции боли стихли, самочувствие удовлетворительное, появился аппетит, Т снизилась до нормы.

Вечером 8/II был озноб, Т повысилась до  $40,2^{\circ}$ , самочувствие плохое. В толще внутренней половины грудной железы прощупывается небольшой плотный болезненный инфильтрат.

На следующий день Т упала, повязка обильно промокла гноем, прощупывавшийся инфильтрат прорвался в рану нижней половины грудной железы. Перевязки с тампонами эмульсией Вишневского.

13/II выписана в хорошем состоянии с выполняющимися хорошими грануляциями ранами, с незначительным гнойным отделяемым на амбулаторное лечение.

Спустя 4 дня больная повторно поступила в клинику по поводу рожистого воспаления в окружности ран левой грудной железы. После 4-х сеансов кварцевого облучения и стрептоцида внутрь рожистое воспаление ликвидировано и больная отпущена домой под амбулаторное наблюдение клиники.

Б-ная М-ЛОВА Е.Н., 20 лет (ист. бол. № 3/82) поступила в клинику 8/IV-41 г. с жалобами на боли в правой грудной железе, общее недомогание, Т -  $37,9$ .

Больная кормящая мать. 21/II были первые нормальные роды. Выписалась из родильного дома через 10 дней. Во время беременности соски не готовила. С первых же дней кормления на обоих сосках образовались трещины.

Около двух недель назад в верхней половине правой грудной железе возникло болезненное уплотнение и повысилась Т. По совету врача больная прекратила кормление правой грудью, после чего грудь еще больше затвердела, припухла, кожа в верхней половине покраснела. Последние две ночи больная не спала. Аппетит плохой. Лечится согревающими компрессами.

Объективно. Со стороны внутренних органов изменений не имеется. Правая грудная железа резко припухла и значительно больше левой. Припухлость больше выражена в верхней половине. Кожа лоснится, гиперемизована с цианотичным оттенком. В верхней половине имеется отчетливая флюктуация. Нижняя половина грудной железы мягкая. (Фото № 10).

8/19. Операция. Под закисью азота произведен радиарный разрез в верхней половине грудной железы от околососкового кружка к периферии железы длиной в 12 см. Выделилось огромное количество гноя. Железистая ткань в верхней половине расплавлена. Имеется огромная неровная полость, распространяющаяся вглубь железы почти до большой грудной мышцы, разделенная перегородками на несколько камер. Перегородки разрушены. (Одна из них взята для гистологического исследования). По краю нижней половины грудной железы сделана контрпертура по типу Барденгейерова разреза длиной в 4 см. Полость плотно выполнена тампонами с мазью Вишневского. Повязка.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

14/19 общее состояние удовлетворительное. Повязка умеренно промокла. На окружающей рану коже имеются мелкие кожные гнойнички (пидермия). Удалены тампоны. На дне раневой полости немного гноя. Появились грануляции. (Фото № 11). Раны выполнены тампонами с мазью Вишневского.

21/IV. Повязка умеренно промокла гноем. Раневая поверхность меньше, грануляции бледноваты, вялые. В нижне-внутреннем квадранте железы небольшая отечность, пастозность и уплотнение. При надавливании болезненность и гнойные выделения из раны верхней половины грудной железы.

От предложенного добавочного разреза больная отказалась. Назначается на рентгенотерапию и выписана по собственному желанию.

Б-ная ВАР-ВА Е.А. 25 лет (ист. бол. № 2173) поступила в клинику с жалобами на боли в правой грудной железе, отсутствие аппетита, высокую Т (38,0-38,5°), общее недомогание.

У больной имеется ребенок 1½-х лет, которого она прекратила кормить грудью 11-ти месяцев. Во время кормления трещин на сосках не было. Месяц назад было несколько фурункулов на левой грудной железе, а затем появился фурункул около соска правой грудной железы. Через 2-3 дня появились боли и затверждение во внутренней половине правой грудной железы. Лечилась компрессами, после чего Т упала, но затверждение держалось.

7/IV снова повысилась Т, появились боли, затверждение в правой грудной железе стало увеличиваться.

ОБЪЕКТИВНО. Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже левой грудной железы следы бывших мелких фурункулов в виде пигментированных розовых рубчиков. Видимые слизистые бледноваты. Органы грудной и брюшной полости без отклонений от нормы.

Правая грудная железа увеличена. В нижне-внутреннем квадранте яркая краснота и припухлость. Прощупывается плотный инфильтрат, занимавший весь нижне-внутренний квадрант железы.

упывание резко болезненно. При глубокой пальпации определяется флюктуация. Подмышечные лимфатические железы увеличе-

11/IV. В день поступления в клинику операция под закисью азота. Произведен радиарный разрез в нижне-внутреннем квадранте от околососкового кружка к периферии железы. Выделился густой гной и распад (некротическая ткань). Раскрыта небольшая полость, которая обработана спиртом. Введены тампоны с мазью Вишневского. Повязка, поддерживающая грудную железу.

При бактериологическом исследовании гноя обнаружен золотистый гемолитический стафилококк.

12/IV. Общее состояние удовлетворительное. Т - 37°. Боли нет. Повязка промокла кровью и мазью Вишневского.

15/IV. Перевязка. Удалены пропитанные гноем и мазью Вишневского тампоны. Рана зияет, на дне ее хорошие грануляции. При опусывании железы на дне раны появилось еще небольшое количество гноя. Введены тампоны с мазью Вишневского.

21/IV. Во время перевязки в нижне-наружном квадранте обнаружена небольшая ограниченная припухлость и краснота. В центре припухлости размягчение.

Под закисью азота произведен радиарный разрез в области припухлости. Выделилось немного гноя. Введен тампон с мазью Вишневского.

25/IV. Самочувствие удовлетворительное. Т - 36,9. Болей нет. Из ран во время перевязки отошли пропитанные гноем тампоны, грануляции бледные, вялые. Грудная железа при опусывании отновата, безболезненна.

28/IV. Грудная железа значительно мягче. Отделяемого из

ран незначительное количество. Раны поверхностные.

Выписывается на амбулаторное лечение.

При амбулаторной явке 4/V раны чистые, поверхностные, покрыты сочными грануляциями. Грудная железа мягкая, безболезненная.

10/V. Выписана на работу.



ТАБЛИЦА № 1

КРАТКИЕ ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ с П-ой ЗОРМО. МАСТИТА /АБСЦЕСС/ С АНТИМАММАРИОМ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

№ пп	Фамилия истории болезни	Возраст	Первородящая, Повторно родящая, Многоплодная	Трещины сосков, ссадины	На какой день после родов заболела.	Локализация мастита	Лечение до операции	Время вмешательства от начала заболевания.	Характер оперативного вмешательства	Способ анестезии	Эпюра	Послеоперационное течение, повторность вмешательства.	И/Т
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Бар-ва № 2619	32	Первородящая	Трещины	3	Левосторонний наружно-верхний квадрант	Согревающий компресс, массаж, синий свет.	30 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раунд	-	Гладкое	3
2.	Вш-ва № 2275	25	Многоплодная	Трещины	1 год	Правосторонний, верхне-наружный квадрант.		13 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раунд	-	Гладкое	4
3.	А-на № 2843	23	Первородящая.	н/б	14 дней	Правосторонний, верхне-наружный квадрант.	Согревающий компресс	7 дней	Радиарный разрез	н/а	-	Гладкое	10
4.	Г-ва № 2649	32	Первородящая	Гнойнички в области соска	21	Правосторонний, верхне-наружный квадрант.	Согревающий компресс	7	Радиарный разрез	Эфирный наркоз	-	Гладкое	5
5.	Г-на № 9457	32	Многоплодная	Трещины	2 месяца	Правосторонний, нижняя половина.		17 дней	Радиарный разрез	Эфирный наркоз	-	Гладкое	7
6.	М-вац № 6865	32	Повторно родящая.	Трещины	1 месяц	Левосторонний, верхне-внутренний квадрант.	Согревающий компресс, грелки.	12	Радиарный разрез	Хлорэтиловый раунд	-	Гладкое	10
7.	Ив-ко № 13074	27	Первородящая	Трещины	7 дней	Правосторонний, верхне-наружный квадрант.	Согревающий компресс, припарки	20 дней	Радиарный разрез	Хлорэтиловый раунд	-	Гладкое	7

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
8	Кул-на № 12786	42	Перво- родя- щая	Тре- щины	26 дней	Левосторонний, нижне-внутрен- ний квадрант.	Ихтиоловые компрессы, синий свет.	26	Радиарный разрез	Хлор-эти- ловый рауш	-	Гладкое	5
9	Ур-кая № 6164	42	Много- рожав- шая	н/б	9 дней	Правосторонний, верхне-наруж- ный квадрант	Согревающий компресс	5	Радиарные разрезы	м/а	-	Гладкое	7
10	Кон-ва № 2583	27	Бере- менная. 8 м-цев			Левосторонний, нижне-наружный квадрант.	Короткий новокаиновый блок по Ви- невскому	18	Радиарный разрез.	м/а	-	Гладкое	6
11	Яр-ва № 6834	34	Перво- родя- щая	Тре- щины	35 дней	Правосторонний, внутренняя по- ловина.		9	Радиарный разрез	Эфирный наркоз	-	Гладкое	4
12	С-на № 3694	22	Перво- родя- щая	Тре- щины	10 дней	Правосторонний, нижне-внутрен- ный квадрант	Вазелиновые повязки	25 дней	Радиарный разрез	Эфирный наркоз	-	Гладкое	7
13	С-ва № 2594	19	Перво- родя- щая	Трещи- ны	45 дней	Правосторонний, верхне-наруж- ный квадрант.	Ихтиоловые компрессы	40 дней	Радиарный разрез	м/а	-	Гладкое	4
14	Ро-ва № 2029	29	Повтор норо- дющая	Не было	11 м-цев	Правосторонний, верхне-наруж- ный квадрант	Согревающ. компресс.	13 дней	Разрез по костю груд- ной железы	Хлор-эти- ловый ра- уш	-	Гладкое	6
15	П-на № 11765	20	Перво- родя- щая	Тре- щины	3 дней	Правосторонний	Ихтиоловый компресс	10 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	6
16	Н-на № 2796	29	Перво- родя- щая		1 год 8 ме- сяц.	Правосторонний, нижне-наружный квадрант	Синий свет, компресс	18 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	3
17	Р-ская № 6037	38	Много- рожав- шая	н/б	15 дней	Левосторонний, верхне-наруж- ный квадрант.	Согревающий компресс	5 дней	Радиарные разрезы	Эфирный рауш	Золотис- тый гемо- литичес- кий ста- филококк	Гладкое	4
18	Лев-на № 6022	23	Повтор норо- дющая	Тре- щина	30 дней	Правосторонний, нижне-внутрен- ный квадрант.		14 дней	Радиарный разрез	Хлор-эти- ловый ра- уш	Золотис- тый гемо- литичес- кий ста- филококк	Гладкое	8
19	Кон-ва № 3582	32	Повтор норо- дющая	н/б	22 дня	Правосторонний, нижне-наружный квадрант		3 дня	Радиарный разрез	Хлор-эти- ловый рауш	-	Гладкое	3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
20	Мон-ва № 4008	19	Верх- ней- ность 8 мес.	н/б		Левосторонний, Нижне-наружный квадрант		15 дней	Радиарный разрез	Эфирный наркоз		Гладкое	6
21	Ст-на № 5101	25	Повтор- нороди- щая	Тре- щины	14 дней	Правосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант	Согревающий компресс	55 дней	Радиарный разрез	Хлор-этило- вый раун	-	Гладкое	4
22	См-ва № 2776	45	Много- рожав- шая	н/б		Левосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант		2 м-ца	Радиарный разрез	Хлор-эти- ловый раун	-	Гладкое	6
23	Стр-ва № 444	22	Перво- роди- щая	Трещи- ны	12 дней	Правосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант		2 м-ца	Радиарные разрезы	Хлор-этило- вый раун	-	Гладкое	9
24	С-ва № 5636	40	Много- рожав- шая	8	8 дней	Левосторонний, верхне-наруж- ный квадрант	Ихтиоловый компресс, грелки.	17 дней	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый раун		Гладкое	6
25	Лов-ка № 7761	27	Перво- роди- щая	Трещи- ны	10 дней	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант		2 м-ца	Радиарные разрезы	Эфирный раун	-	Гладкое	10
26	С-ва № 2038	23	Не ро- дила	н/б		Правосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант	Согревающий компресс	19 дней	Самопроиз- вольное вскрытие аб- сцесса			Гладкое	4
27	Сол-ва № 5086	21	Перво- роди- щая	Тре- щины	7 дней	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант	Согревающий компресс	5 дней	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый раун	-	Гладкое	7
28	Н-ва № 1931	25	Перво- роди- щая	н/б	8 м-цев	Левосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант		3 дня	Радиарный разрез с там- понами мазью Вильневского	Наркоз азот- ной кисло- той.	Золотис- тый стафи- локок	Гладкое	4
29	П-на № 2239	26	Повтор- нороди- щая	Тре- щины	3 м-ца	Левосторонний, Верхне-наруж- ный квадрант	Согревающий компресс	11 дней	Радиарные разрезы с тампонами бактериофагом	Эфирный раун	-	Гладкое	4
30	Вор-ва № 2851	33	Много- рожав- шая	н/б	1 год	Левосторонний, Наружная поло- вина	Согревающий компресс	15 дней	Фототерапия 3-хкратно	-	Золотис- тый гемо- литический стафило- кок	Гладкое	4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
31	Пут-ва № 4472	27	Не свя- зано с бере- мья.	н/с	-	Правосторон- ный, Нижне-наруж- ный квадрант	-	7 дней	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый раун	-	Гладкое	6
32	Мед-ва № 1761	30	Не ро- жала	-	-	Левосторон- ный Нижне-наруж- ный квадрант	Ихтиоловые и полуспир- товые ком- прессы.	23 дня	Радиарный разрез	Хлор-эти- ловый раун	-	Гладкое	4
33	Ил-на № 1722	24	Повтор- но ро- жавшая	Тре- щины	17 дней	Левосторон- ный Верхне-наруж- ный квадрант	Согревающие компрессы	7 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раун	-	Гладкое	4

ТАБЛИЦА № 2

КРАТКИЕ ВЫПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ с П-И СОРМОИ МАСТИТА С ИНТРАМАМАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ.

№ пп	Фамилия № истории болезни	Возраст	Первородя- щая Повторно- родящая Многоро- жавшая	Наличие трещин со- сков, сви- дий.	На какой день после родов забо- левание	Локализация	Лечение до поступления в клинику	Время вме- шательства от начала заболевания	Характер вмешатель- ства.	Способ анестезии	Характер флоры	После опера- ционного те- вторность вмешатель- ства.	Кормле- ние грудью	И/Д
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Ван-ва № 1719	21	Первородя- щая	Тре- щины	20 дней	Правосторон- ний, Верхний и нижне-наруж- ный квадрант.	Согревающий компресс	15 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раун	-	Гладкое	-	9
2	Вар-ва № 6332	14	Не рожала	-	-	Левосторонний, Верхне-внутре- ранный квад- рант с затеком в нижней поло- вине.	Амбулаторно не большой ра- диарный раз- рез в верхне- внутреннем квадранте.	40 дней	Рассечение свища и ра- диарные раз- резы в нижне- наружном квадранте.	Эфирный наркоз.	-	Добавоч- ный раз- рез через 7 дней	-	16
3	М-ва № 6396	35	Многоро- жавшая	Тре- щины	3 м-ца	Правосторон- ний, Внутрен- няя половина и верхне-на- ружный квад- рант.	Прижигание трещин, ихти- оловые ком- прессы, три радиарных раз- реза.	30 дней	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый ра- ун.	-	Гладкое	-	11
3	Гм-ва № 10183	25	Первородя- щая	Тре- щины	1 м-ц	Правосторон- ний	Согревающие компрессы, Новокаиновый блок по Виш- невскому.	15 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	7
4	Кос-ва № 11685	23	Повторно- родящая	Тре- щины	10 дней	Правосторон- ний, Внутрен- няя половина.	Согревающий компресс	11 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	9
5	Кул-ва № 11482	26	Повторно- родящая	Тре- щины	37 дней	Правосторон- ний.	Согревающие компрессы	8 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	7
6	Куз-ва № 1835	30	Многорожав- шая	Трещи- ны	3 дня	Правосторон- ний, Верхне и нижне-наруж- ный квадрант.	Согревающие компрессы	2 м-ца	Разрез по окружности келзы	Хлор-эти- ловый ра- ун.	-	Добавоч- ные ради- арные раз- резы	-	6
7	Кис-на № 1503	36	Многорожав- шая	Трещи- ны	13 дней	Правосторон- ний, Нижне-на- ружный квад- рант.	Ихтиоловые компрессы	6 дней	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8	Мал-ва № 12331	34	Многорозавшая	ушиб груди	10 мес- цев	Правосторонний, Нижне-наружный квадрант.	Согревающие компрессы.	5 дней	Радиарный разрез	Хлор-этиловый раун		Гладкое	Кормит грудью	8
9	Мал-ва № 1762	23	Первородящая		1,5 м-ца	Правосторонний, Верхне и нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы.	13 дней	Радиарные разрезы. Тампон с меркурисентом	Эфирный наркоз		Гладкое		15
10	Мул-ва № 2250	21	Первородящая	Не было		Правосторонний, Верхне-наружный квадрант.		14 дней	Дугообразный разрез по окружности верхне-наружного квадранта	Эфирный наркоз		Через 4 дня дополнительные радиарные разрезы.		7
11	Ая-ва № 6976	29	Не рожала	Зуд вокруг соска	-	Правосторонний, Нижне-внутренний квадрант	Под, синий свет, грелки.	18 дней	Разрез по Барденгелеру с иссечением стенки абсцесса	Эфирный наркоз		Розистое воспаление через ... дней после выписки		10
12	3-ва № 7006	37	Повторно-родящая		4,5 м-ца	Правосторонний, Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы	7 дней	Радиарные разрезы	Экстракт азота		После операционного течения осложнилось рожистое воспаление.	Кормит грудью	12
13	Бел-на № 3384	24	Повторно-родящая	Пызырек на соске	1 м-ц	Правосторонний, Внутренняя половина.		25 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раун		Гладкое		11
14	У-на № 6411	21	Первородящая.	Трещины	2 м-ца	Двухсторонний, Справа-нижне-наружный квадрант, Слева-верхне-и нижне-наружный квадрант.		2 м-ца	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз /правой/ /И/а /левой/		Через 1 месяц повторное вместилище на правой грудной железе, Рожистое воспаление правой грудной желе-	Ребенок умер	13
15	Шип-на № 12713	24	После выкидыша 5-ти месяцев	Не было	1 м-ц	Левосторонний	Амбулаторно радиарные разрезы	6 дней	Радиарные разрезы	Хлор-этиловый раун.		Гладкое		6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	Сав-ва № 6599	22	Первородящая			Правосторонний.	Согревающие компрессы	7 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Добавочный радиарный разрез через 2 дня.		
7	Ст-ва № 10660	20	Первородящая.	Трещины	1,5 м-цев	Левосторонний Верхне-наружный квадрант.	Согревающий компресс	14 дней	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз	-	Гладкое		8
8	С-ва № 12385	29	Повторяющаяся	Трещины	21 день	Левосторонний Нижне-внутренний квадрант	Ихтиоловые компрессы.	8 дней	Радиарные разрезы.	Хлор-этиловый раствор.	-	Гладкое	Кормит	5
9	Н-ва № 936	21	Первородящая	Трещины.		Левосторонний Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы.	9 дней	Радиарные разрезы	I Эфирный раствор П II/a	-	через 2 дня дополнительный радиарный разрез.	Кормит	8
0	О-ва № 11086	25	Повторяющаяся			Правосторонний	Согревающие компрессы	11 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое		8
1	Роз-м № 11314	30	Многорожавшая	Трещины		Правосторонний	Согревающие компрессы, припарки	12 дней	Радиарные разрезы	I Эфирный наркоз П II/a	-	Дополнительный радиарный разрез.	-	7
2	Мал-ская № 7250	29	Не связано с беременностью	Ссадины	-	Правосторонний, Нижне-наружный квадрант.	Согревающие компрессы, кварц, солжес	16 дней	Разрез по Барденге Геру	Эфирный наркоз	-	Гладкое		9
3	Бар-ва № 6581	21	Первородящая	Не было	6 дней	Левосторонний	Грелки		Радиарные разрезы	Хлор-этиловый раствор.	-	Временами повышается Т до 40°	Не кормит	26
4	Бор-ва № 3221	24	Повторяющаяся	55 дней	55 дней	Левосторонний Верхне и нижне наружный квадрант.	Согревающие компрессы, синий свет, стрептоцид.	7 дней	3 кратное введение фанга после эспирации гноя. Радиарный разрез длиной 1,5 см.	Наркоз закисью азота	Гемолизический стафилококк + Золотистый стафилококк.	Гладкое		7
5	Б-х № 223	16	Не рожала	Трещины	-	Правосторонний	Р-терапия	I м-ц	Разрез по Барденге Геру с иссечением инфильтрата.	Эфирный наркоз	-	Гладкое		12
6	Баб-ва № 2173	25	Первородящая	Не было	1,6 год.	Правосторонний, Нижне-внутренний и нижне-наружный квадрант.	Согревающие компрессы	20 дней	Радиарные разрезы с тампонами мазью Вишневского	Наркоз закисью азота	Золотистый гемолизический стафилококк	Дополнительный радиарный разрез через 10 дней	Не кормит	19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
27	Бас-ва № 1984	23	Повторно ро- дющая	Тре- щины	20 дней	Левосторонний Внутренняя по- ловина.	Ихтиоловые компрессы, кварц	22 дня	Радиарные разрезы с тампонами мазью Виш- невского.	Наркоз экисью азота	-	Через 12 дней до- полнитель- ный ради- арный раз- рез.	Не кор- мит.	28
28	Бр-ва № 1354	30	Повторно ро- дющая	Тре- щины	5 дней	Правосторон- ний, Верхне- наружный квад- рант.	Ихтиоловые компрессы, радиарный раз- рез под м/а	40 дней	1/Радиарный разрез с тампоном мазью Виш- невского. 2/4 сеанса репитерапии.	Жирный раун	Гемоли- тиче с- кий стре п- тококк	Гладкое	Кормит	28
29	Вах-ва № 1147	29	Бере мен- ность 8 мес-цев	Не бы- ло	-	Левосторон- ний, Нижне-наруж- ный квадрант.	Согревающий компресс	7 дней	Радиарные разрезы с тампоном ма- зью Вишне- вского	м/а по Вишне вскому	Стреп- тококк Гемоли- тиче с- кий стафи- лококк	Гладкое	Не кор- мит	7
30	Вет-ва № 7338	26	Первородя- щая	Тре- щины	< 1 день	Правосторон- ний, Верхне и ниж- не-внутренний квадрант.		8 дней	Разрез по Барде нге йе- ру	Жирный наркоз	Гемо- лити- чески стафи- лококк	Гладкое	Кормит грудью	8
31	Гай-ва № 6930	28	Многорожав- шая.			Правосторон- ний, Нижняя половина.	Компрессы.	14 дней	Радиарные разрезы	Хлор-этило- вый наркоз	-	Через 14 дней до- полнитель- ный ради- арный раз- рез, рожа.	Не кор- мит	19
32	Гр-ва № 2308	23	Первородя- щая	Тре- щины	14 дней	Правосторон- ний, Нижняя половина	Кварц, рыбий жир.	< 7 дней	Разрез по Барде нге йе- ру.	м/а по Вишне вскому	Золоти- стый ге моли- тиче с- кий стафи- лококк	Гладкое	Кормит грудью	7
33	Дем-ва № 703	35	Первородя- щая	Не бы- ло	< 1 ме- сяца	Левосторонний Верхне-наруж- ный квадрант	Содовые ком- прессы.	14 дней	Радиарные разрезы с тампонами мазью Виш- невского.	м/а по Вишне вскому	-	Осложне- ние рожы	Кормит грудью	13
34	Кур-ва № 2143	40	Многорожав- шая		7 дней	Левосторон- ний, Верхне- внутренний квадрант	Лед	4 дня	Гвукратно Короткий но- вокаиновый блок по Виш- невскому, Саготерапия	-	Золоти- стый ге моли- тиче с- кий стафи- лококк	Гладкое	Не кор- мит	19

1	2	3	4	5	6	7	8	8	9	9-0	11	12	13	14	15	16
35	Кон-ва № 3097	24	Первородящая	Трещины	17 дней	Левосторонний, Верхняя половина.	Массаж, Согревающий компресс, кварц.			8 дней	Заготерапия	-	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Не кормит	8
36	Ж-ва № 6911	21	Повторно-родящая	Трещины	-	Правосторонний, Нижняя половина.	Солжик			25 дней	Радиарные разрезы	Хлор-этиловый раун	-	Гладкое	-	19
37	Руд-х № 7275	24	Повторно-родящая.	Трещины	1 г. 2 м-ца	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант.	Согревающие ихтиоловые компрессы.			9 дней	Разрез по Барденгелеру.	Эфирный наркоз	Гемолитический стрептококк	Гладкое	Кормит	10
38	Прот-ва	36	Повторно-родящая	Трещины		Левосторонний, Нижне-наружный квадрант.				7 дней	Заготерапия	С/ан.	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	-	5
39	Пр-ва № 3205	22	Повторно-родящая			Левосторонний, Верхне-внутренний квадрант				4 дня	Заготерапия	Наркоз закисью азота	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Кормит	4
40	Роль-ва № 7368	25	Первородящая	Трещины	5 дней	Двухсторонний Правая-нижне-внутренний квадрант Левая-нижне-наружный квадрант.	Не лечилась			14 дней	Справа-Разрез по Барденгелеру Слева-Короткий новокаиновый блок с повязкой с эмульсией Вишне вского	Эфирный наркоз	Гемолитический стафилококк	Гладкое		18
41	Нов-ва № 1982	23	Первородящая	Трещины	18 дней	Правосторонний, Верхняя половина.	Согревающие компрессы.			14 дней	Радиарные разрезы с тампоном мазью Вишне вского	Наркоз закисью азота	Золотистый стафилококк	Дополнительный радиарный разрез через 12 дней, Заготерапия	Не кормит	25
42	Син-ва № 1458	25	Не связано с беременностью	Не было	-	Правосторонний, Наружная половина	Тонал Инфильтрат прорвался. Поступила со свищами.			21	Радиарные разрезы Тампоны с мазью Вишне вского. Е-Терапия 3 раз.	м/а по Вишне вскому	-	Гладкое	-	18

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
43	Снег-ва № 3104	19	Первородящая.	Трещины	30 дней	Левосторонний	-	7 дней	Фототерапия	б/ан.	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Кормит	6 дней
44	Шем-ва № 2412	26	Повторнородящая.	Не было	4,5 м-ца	Правосторонний, Наружная половина.	Массаж.		Фототерапия. Разрез по Варденгеру	Эфирный наркоз	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Ребенок умер не кормит	20 дней
45	Бег-ва № 1557	37	Повторнородящая			Правосторонний, Нижне-наружный квадрант	Тепловые процедуры.		Радиарный разрез	Хлорэтиловый рауш.		Гладкое	-	7 дней
46	Бух-ва № 6020	26	Повторнородящая	Не было	7 дней	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы, грелки, приварки	18 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Гладкое	-	11 дней
47	Озир-ва № 2994	28	Первородящая	Трещины	30 дней	Правосторонний, Нижне-внутренний квадрант	Согревающие компрессы, стрептоцид	11 дней	Фототерапия	б/ан	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Кормит.	11 дней
48	Мал-ич № 7297	30	Многорожавшая	Не было	5 м-цев	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант	Синий свет	21 день	Разрез по Варденгеру.	Эфирный наркоз	Гемолитический стафилококк	Гладкое	Кормит	10 дней
49	Пс-ва № 1380	24	Первородящая.	Не было	14 дней	Правосторонний, Наружная половина	Короткий новокаиновый блок по Вишневескому, К-терапия	9 дней	Радиарный разрез с тампоном мазью Вишневецкого	м/а	Гемолитический золотистый стафилококк	Гладкое		3 дня
50	Ком-ва № 1545	33	Первородящая	Не было	14 дней	Левосторонний, Верхняя половина.	Согревающий компресс	14 дней	Радиарные разрезы с тампонами мазью Вишневецкого	м/а	Стафилококк	Гладкое	Кормит грудью	7 дней
51	Мам-ва № 6774	20	Беременность 7 мес.	Ссадины, трещины сосков		Правосторонний, Нижняя половина.		14 дней	Радиарные разрезы	м/а	-	Гладкое	-	12 дней
52	Каз-ва № 999	20	Первородящая	Трещины	22 дня	Правосторонний, Верхне-внутренний квадрант.	Содовые компрессы	5 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Гладкое	-	15 дней

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
53	Кол-ва № 3293	18	Первородящая	Трещины	2 м-ца	Левосторонний, Нижне-внутренний квадрант	-	9 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Временный высокий Т, понос	-	27
54	Кир-ер № 6723	23	Первородящая	Не было	-	Двухсторонний Справа-Верхняя половина Слева-Верхне-наружный квадрант	Согревающие компрессы	30 дней	Радиарные разрезы и Физотерапия	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	42 дня
55	Рив-на № 2256	35	Повторно-родящая	Трещины	-	Левосторонний, Наружная половина	Амбулаторно разрезы	3 м-ца	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	31 день
56	Сом-ва № 3147	39	Многорожавшая			Левосторонний Наружная половина	Согревающие компрессы	1 м-ц	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	7 дней
57	Св-ва № 1254	30	Первородящая		10 мес.	Правосторонний Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы, ихтиол,	37 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Рожистое воспаление	-	26 дней
58	Ух-на № 807	21	Первородящая	Трещины	32 дня	Правосторонний Нижне-наружный квадрант	Ихтиоловые компрессы Радиарный разрез амбулаторно	20 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Рожистое воспаление	-	7 дней
59	Дор-ва № 5123	42	Первородящая			Левосторонний Наружная половина	Согревающие компрессы, грелки	27	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Рожистое воспаление	-	20 дней
60	Лин-ва № 2002	36	Первородящая	Трещины	2,5 м-ца	Левосторонний Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы, стрептоцид	13	Радиарные разрезы	Эфирный рауш	-	Гладкое	-	37 дней
61	Нов-ва № 2934	33	Многорожавшая			Правосторонний Верхне-наружный квадрант	Ихтиоловые компрессы	15 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Гладкое	-	9 дней
62	По-ва № 1980	21	Первородящая		4 м-ца	Левосторонний Верхне-наружный квадрант	Ихтиол, стрептоцид	18 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Гладкое	-	9 дней

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
63	Сав-ва № 6609	22	Первородящая	Трещины	1,5 м-ца	Левосторонний, Наружная половина	Тепло	25 дней	Радиарные разрезы	Эфирный рауш	-	Гладкое	-	14 дней
64	Сав-ва № 1600	32	Многорожавшая			Правосторонний, Нижне-наружный квадрант		9 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Гладкое	-	13 дней
65	Ух-на № 6411	21	Первородящая	Трещины	7 мес.	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы		Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш	-	Добавочные разрезы, рожиестое воспаление	-	27 дней
66	Сыч-ва № 3832	28	Повторно родящая	Трещины		Левосторонний	Согревающие компрессы	10 дней	Радиарные разрезы	Эфирный рауш	-	Гладкое	-	7 дней
67	Мар-ва № 50	24	Первородящая		7 дней	Правосторонний		8 дней	Радиарные разрезы	Хлорэтиловый рауш		Гладкое		14 дней
68	Вл-ва № 4544	21	Первородящая	Трещины	2 дня	Двухсторонний		30 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз		Добавочные разрезы	Не кормит	64 дня
69	Л-ко № 1229	21	Первородящая	Трещины	30 дней	Левосторонний Наружная половина	Согревающие компрессы	10 дней	Радиарные разрезы с тампонами мазью Вишневского	м/а	Золотистый гемолитический стафилококк	Гладкое	Кормит грудью	6 дней
70	Ан-ва № 3545	19	Первородящая	Трещины	12 дней	Двухсторонний Слева-Верхне-внутренний квадрант Справа-Нижне-наружный квадрант		Справа 11 дней Слева 20 дней	Радиарные разрезы	м/а Эфирный наркоз		Справое-Повторное вмешательство через 12 дней Слева-гладкое	Кормит	21 день

ТАБЛИЦА № 3

КРАТКИЕ ЗАПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ С ПИЩЕВОЙ МОЛОЧНОЙ МАСТИТА /ДИФТЕРИОНА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ/

№ пп	Фамилия № истории болезни.	Возраст	Первородящая. Повторяющаяся. Многоплодная.	Полные трещины, ссадина.	На какой день после родов заболела.	Локализация.	Лечение до поступления в клинику	Время вмешательства от начала заболевания.	Характер вмешательства.	Способ анестезии.	Характер флоры	Послеоперационное течение, повторность вмешательства.	Кормление грудью	И/д
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.	Б-ц № 12004	21	Первородящая	Трещины	14 дней	Правосторонний нижне-наружный квадрант	Согревающие компрессы, ихтиол.		Радиарные разрезы	Хлор-этиловый раун		Дву-кратное повторное вмешательство.		36
2.	Др-ская № 1238	20	Первородящая	Трещины	32 дня	Левосторонний; наружная половина и верхне-внутренний квадрант.	Полуспиртовые согревающие компрессы.	16 дней	Разрез по окружности железы.	Эфирный наркоз		Дву-кратное повторное вмешательство.		30
3.	Сул-ва № 6729	26	Первородящая	Трещины	12 дней	Правосторонний тотальный	Согревающие компрессы, рентгенотерапия	18 дней	4 радиарных разреза	Эфирный наркоз		Гладкое		3/выписана по собственному желанию
4.	Гп-на № 2247	20	Первородящая		10 дней	Правосторонний верхне-наружный квадрант.	Массаж, синий свет.	32 дня	Радиарные разрезы	Эфирный раун		Вскрыт затек через 2 дня.		5
5.	Зур-ва № 2633	22	Первородящая		8 месяцев	Левосторонний нижняя половина.	Короткий новокаиновый блок по Вишневскому двукратно.	7 дней	3 радиарных разреза.	Эфирный наркоз		Гладкое		10
6.	Кон-ва № 7176	25	Первородящая	Трещины	1,5 м-ца	Левосторонний тотальный	Содовые компрессы	8 дней	4 радиарных разреза	Эфирный наркоз		Гладкое		13
7.	Раз-ко № 2490	28	Повторяющаяся	Не было	1,7 дней	Правосторонний панмастит.		10 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз		Через 8 дней повторное вмешательство-вскрытие затека		15
8.	П-ль № 9818	28	Повторяющаяся	Не было	2 м-ца	Левосторонний	Согревающий компресс, синий свет, массаж.	1 м-ц	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз		Гладкое	Кормит	25

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
9	Ник-ева № 1954	35	Повторно- род		7 меся- цев	Левосторонний, свид в верх- ней половине затек в нижне- наружном квад- ранте.	Согревающие компрессы	22 дня	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый ра- уш	-	Гладкое	Кормит	8
10	Тол-ва № 6883	30	Повторно- род.	Тре- щины	9 дней	Левосторонний, Верхняя поло- вина и нижне- наружный ква- дрант.	Двукратно ам- булаторно-ра- диарные раз- резы.	18 дней	Разрез по Барденге Не ру	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	27
11	Ск-на № 7100	22	Повторно- род			Правосторон- ный, верхне- наружный квад- рант.	Компрессы камфарным ма- сло, синий свет.	19 дней	Разрез по Барденге Не- ру.	Эфирный наркоз.	Гемоли- тиче с- кий стре п- тококк	Гладкое	-	10
12	Пет-ва № 6640	22	Первород		I м-ц	Правосторон- ный, Верхне-наруж- ный квадрант	Согревающий компресс, их- тиоловые, кварц.	I м-ц	Разрез по Барденге Не- ру	Эфирный наркоз	-	Трехкрат- ное повто- рное вме- шатель- ство.	Кормит	25
13	Тау-ва № 6605	26	Первород		I м-ц	Правосторон- ный, Верхне- внутренний квадрант	Согревающие компрессы, грелки со- лэкс.	4 м-ца	Разрез по Барденге Не- ру с иссече- нием инфиль- трата.	Эфирный наркоз	Стре п- тококк стафи- лококк	Гладкое	Ребенок умер	II
14	Ак-ян № 5836	19	Первород		10 дней	Двухсторон- ный, Наружная половина	Согревающие компрессы, кварц.	10 дней	Факотерапия + коротко- радиарный разрез	Эфирный рауш		Гладкое		27
15	Ах-на № 604	25	Беремен- ность 8 ме- сяцев	не бы- ло		Правосторон- ный, Нижне-на- ружный квад- рант.	Приварки	I м-ц	Разрез по Барденге Не- ру	Эфирный наркоз	Гемоли- тиче с- кий стафи- лококк	Гладкое	После родов кормила больной грудью	35
16	Чер-ва № 2514	22	Повторно- род	не бы- ло	2,5 м-ца	Левосторон- ный, Нижне-на- ружный квад- рант.		2 дня	Разрез по Барденге Не- ру	н/а по Вишне в- скому		Гладкое	Кормит	10
17	Ив-ва № 253	22	Первород.	Тре- щины	7 дней	Левосторон- ный, Наружная половина		6 дней	Факотерапия + радиарный разрез	Хлор-эти- ловый ра- уш		Гладкое	-	29
18	Кос-ва № 3437	29	Повторно- род			Двухсторон- ный, Справа- нижне-внут- ренний квад- рант, Слева- верхне-наруж.		15 дней	Радиарные разрезы Справа-пять Слева-четы-	Эфирный наркоз	Золо- тистый гемоли- тиче с- кий ста- фило-	Гладкое		19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
19	Сб-ва № 3954	22	Не связано с беремен- ностью	Сеади- ная	-	Правосторон- ный, Нижняя поло- вина.		48 дней	Радиарные разрезы	И/а	-			20
20	Мих-ва № 3912	21	Первород	Трещи- ны	40 дней	Двухсторонний Верхне-внут- ренний квад- рант.	Кварц.	5 дней	Радиарные разрезы	И/а	-	Двукратно дополни- тельные разрезы на 3 и 8 день.	-	40
21	Пр-ва № 294	31	Повторно- род.	Трещи- на	36 дней	Правосторон- ный	Согревающие компрессы, ам- булаторно-ра- диарный раз- рез.	32 дня	Радиарные разрезы:	Эфирный наркоз		Повторное вмешатель- ство че- рез 10 дней.		50
22	Дор-ва № 6342	27	Первород	Трещи- ны	35 дней	Правосторон- ный, Верхне- наружный квад- рант.	Амбулаторно- радиарный раз- рез под И/а	37	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз	-	Гладкое	Кор- мит	4
23	Мих-ва № амб.	20	Первород	Трещи- ны	1 м-ц	Правосторон- ный, Верхняя половина	Согревающий компресс	14 дней	Радиарный разрез с тампоном ма- зью Вишне- вского с ке- кото-апе- ртурой по ок- ружности же- лезы.	Наркоз Закисью азота	Золоти- стый ге- молити- ческий стафило- кокк.	Гладкое	Кор- мит	7
24	Юк-ва № 6079	25	Первород	Не бы- ло	7 м-цев	Правосторон- ный, Верхне-на- ружный квад- рант.	Согревающий компресс.	15 дней	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	5
25	Стр-ва № 37	27	Повторно- род	-	7 дней	Левосторонний Наружная по- ловина	Амбулаторно- радиарный раз- рез.	10 дней	Радиарные разрезы с тампонами Маркуросе- ном.	Эфирный наркоз.	-	Дополни- тельные радиарный разрез.	-	15
26	Кр-ва № 12925	23	Первород			Правосторон- ный Тотильный	Согревающие компрессы	4 дня	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый раух	-	Дополни- тельные радиарные разрезы	-	14
27	Стар-ва № 2381	21	Первород			Левосторонний Наружная поло- вина	Амбулаторно- радиарный разрез	10 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз		Двукратно- дополни- тельные радиар- ные разрез через 3 дня и 13 дней	Кормит	24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
28	Чс-ко № 2053	22	Беременная ность 8 ме- сяцев.	н/б		Левосторонний, Нижне-наруж- ный квадрант.	Магневые по- вязки	8 дней	Радиарные разрезы с тампонами мазью Виш- невского.	Наркоз этилового азота	Золотистый гемолитическ. стафилококк	Гладкое		17
29	Шн-ер № 1582	35	Первородя- щая	Тре- щины	4 дня	Двухсторонний, Справа- слева-	Согревающие компрессы	17 дней	Гаготе рапия, Радиарные разрезы	Эфирный раул		Гладкое	Кормит грудью	24
30	Пуз-на № 1945	21	Первородя- щая	Трещи- ны	14 дней	Правосторон- ний, Наруж- ная половина и верхне-вну- трянный квад- рант.	Согревающие компрессы, Самопроиз- вольное вскры- тие.	40 дней	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз.		Гладкое		11
31	Б-н № 1273	30	Повторно- родящая		18 дней	Правосторон- ний, Верхняя половина.	Согревающие полуспирто- вые компрес- сы.	20 дней	Амбулаторно- гаготе рапия. В клинике - радиарные разрезы.	Эфирный раул.		Повторное вскармлива- ние через 7 дней.	-	25
32	Каз-ва № 7115	19	Первородя- щая	Не би- ло	3 дня	Левосторонний, Нижняя полови- на.	Согревающий компресс	7 дней	Разрез по Бардегге Ве- ру с иссече- нием инфиль- трата.	Эфирный наркоз	Гемолитичес- кий стафило- кокк	Гладкое	-	13
33	Шн-на № 911	23	Первородя- щая		20 дней	Левосторонний, Нижняя полови- на и верхне- наружный квад- рант.	Согревающие компрессы.	7 дней	Радиарные разрезы	Эфирный раул		Гладкое		16
34	Шес-ва № 2127	20	Первородя- щая	Трещи- ны	37 дней	Правосторонний, Наружная поло- вина.	Согревающий компресс.	20 дней	Радиарные разрезы	Эфирный наркоз		Гладкое		11

ТАБЛИЦА № 4

КРАТКИЕ ЗАПИСКИ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ: с П и Ш ФОРМЫ МАСТИТА, ПРОРВАВШЕГОСЯ В ПУТРОМАМИАРНОЕ ПРОСТРАНСТВО.

№ пп	Фамилия № истории болезни.	Возраст	Первородящая Повторно родящая Многоплодная	Наличие трещин, свищей.	На какой день после родов заболела.	Локализации	Лечение до поступления в клинику	Время вступления в беременность от начала заболевания.	Характер вмешательства.	Способ анестезии	Характер флоры	Послеоперационное течение, повторность вмешательства.	Нормализация грудью	И/Д
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.	Вор-на № 5029	26	Первородящая	Не было	30 дней	Правосторонний, Верхне-наружная и внутренняя половина.	Дегтярная мазь, кварц, солонкс.	30 дней	Разрез по окружности внутренней половины железы.	Эфирный наркоз	-	Дополнительные радиарные разрезы на 5 и 12 день.	Кормит	54
2.	Вор-ва № 9079	20	Девушка	Не было	-	Левосторонний	Спиртовой компресс, кварц, ихтиоловый компресс.	24 дня	Овальная разрез у основания железы.	Хлор-этиловый раствор.	-	Гладкое	-	14
3.	Дет-на № 6694	23	Первородящая	Поверхност. язвочки на груди, желез	1 год	Правосторонний, Нижне-наружный квадрант.	Согревающие компрессы.	3 дня	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз.	-	Дополнительные разрезы через 8 и 12 дней.	-	34
4.	Кал-ва № 2249	37	Повторно родящая.	Укус соска ребенка ком.	9 месяцев	Левосторонний Верхней и нижне-наружный квадрант.	Ихтиоловые компрессы.	12 дней	Разрез по окружности железы в нижне-наружном квадранте.	Эфирный наркоз	-	Гладкое	-	7
5.	Сан-ва № 2075	23	Первородящая.	Трещины	4	Левосторонний, Нижне-наружный квадрант.	Согревающие компрессы.	30 дней	Дугообразный разрез по краю железы.	Эфирный наркоз.	-	Гладкое	Не кормит.	5
6.	Уст-ва № 2640	21	Первородящая	Не было	19	Левосторонний, Верхне-наружный квадрант.	Массаж	8 дней	1/Три радиарных разреза. 2/Бактериофаг в толщу инфильтрата, 3/Расширение раны.	И/а закись азота	1/Золотистый гемолитический стафилококк. 2/Золотистый гемолитический стафилококк+синегри палочка.	Дополнительный разрез	-	38

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
7.	Ус-ва № 938	43	Многоплода- вая	Не бы- ло	48 дней	Правосторон- ний, Наружная по- ловина.	Согревающие компрессы.	9 дней	Радиарный разрез с тампоном ма- зью Вишне- вского.	М/а по Вишне- вскому	Золоти- сты гемоли- тиче- ский ста- филококк	Дополни- тельный разрез	Не кор- мит ребенок умер.	16
8.	Гут-чик № 7089	19	Первородя- чая	Трещи- ны		Левосторонний, Нижне-наруж- ный квадрант.	Согревающие компрессы, кварц.	21 дней	Радиарные разрезы.	Эфирный наркоз	-	Повторное вмешатель- ство.	Кормит	49
9.	Гр-ва № 989	23	Первородя- чая		4 месяца	Правосторон- ний, Нижне-наружный и верхне-вну- тренний квад- рант.	Согревающие компрессы.	17 дней	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый ра- уш.	-	Повторное вмешатель- ство через 8 дней.	-	42
10.	Дав-ва № 1312	27	Повторно- родящая.		6 дней	Левосторонний, Верхняя поло- вина.	Амбулаторно радиарный раз- рез.	1 месяц	Радиарные разрезы.	Хлор-этило- вый рауш.	Стреп- тококк	Повторное вмешатель- ство. Крово- течение из раны.	-	20
11.	Ив-ва № 1802	14	Не ро- жала	-		Правосторон- ний, Тотальный, интра-ретрома- мари	Не лечилась	14 дней	Разрез по Барденгеге- ру с тампо- ном мазью Вишне- вского.	Эфирный рауш.	Гемоли- тиче- ский стрепто- кокк.	Гладкое	-	19
12.	М-ер № 4555	38	Многопло- давая			Левосторонний, Верхняя поло- вина.	Ихтиоловые компрессы, си- ний свет.	33 дня	Радиарные разрезы	Хлор-эти- ловый рауш.		Двукратное повторное вмешатель- ство.	Кормит	43
13.	Сур-ва № 2412	29	Первородя- чая	Трещи- ны	11 дней	Правосторон- ний, Нижняя поло- вина.	Согревающий компресс.	5 дней	Разрез по Барденгеге- ру без ис- сечения ин- фильтрата.	Хлор-эти- ловый рауш.	-	Гладкое	Кормит	7

ЛИТЕРАТУРА.

1. Антонов А.Н. Об этиологии трещин сосков. Журнал "Акушерство и гинекология" №5, 1938г.
2. Б у м м А.А. Руководство к изучению акушерства. Изд. "Практическая Медицина", 1905 г.
3. Барон, Кусовская, Найдич Профилактика трещин сосков ультрафиолетовыми лучами. Журн. "Акушерство и гинекология" № 9, 1936г.
4. Богомолец Труды 1 Московской областной конференции врачей по борьбе против раковой болезни. Госмедиздат, 1931.
5. Бруский Я.М. Клиническая и топографическая анатомия. Виомедгиз 2-е издание, 1935.
6. Войно-Ясенецкий Очерки гнойной хирургии, глава XII. Виомедгиз, 1934.
7. Вишневский А.В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Татиздат, 1933, Казань.
8. Вишневский А.В. Новокаиновый блок. Труды VI Всеукраинского съезда хирургов. Новый хирургический архив, т.38, кн.3-4, стр.392-399, 1937г.
9. Гаен М.И. Редкий случай флегденирующего мастита. Журн. "Советская Медицина" № 1, 1941.
10. Гарре К и Борхард А. Частная хирургия, т.1, стр.262-266.
11. Груздев В.С. Курс акушерства и женских болезней, ч. II, т. II, стр.481-485.
12. Гузиков В.А. Аутогемотерапия при мастите. Казанск. Медицинский журнал № 10, 1928.
13. Дубовый и Шварц Рентгенотерапия послеродового мастита в острой стадии, "Хирургия" № 11, 1940.
14. Д'Эрель Бактериофаг и его значение для иммунитета, Госиздат, 1926.
15. Елигулавили К вопросу о подготовке сосков к периоду лактации. Журнал "Акушерство и гинекология" № 2, 1938.
16. Жук В.Н. Мать и дитя. Издание Губинского В.И., Петербург, 1905.

17. Заблудовская Е.Д. Лечение трещин сосков облучениями угольнодуговой лампой. Журнал "Акушерство и гинекология" № 5, 1938.
18. Зильберберг Я.В. Грудная железа, ВМЭ, т.8, стр.155-163.
19. Назаровская С.С. Бактериофагия. Изд. Академии наук, 1933.
20. Кованов В.В. и Каменская А.С. Клиника и микрофлора гнойных процессов, леченных бактериофагом. Журнал "Советская медицина" № 9, 1941.
21. Климошкин О гангренозном мастите. Врачебный журнал № 1, 1939.
22. Коровин А.С. Лечение маститов по способу проф. А.В. Вишневого, Медгиз, 1940.
23. Кокин Г.А. Применение бактериофагов в хирургии. Журнал "Советская медицина" № 9, 1941.
24. Корнинг Г.К. Топографическая анатомия, 2-ое издание, 1936.
25. Крахт С.В. К вопросу о терапии при острых маститах. Врачебное дело № 9, 1934.
26. Кузьмин С.С. Несколько слов об иммобилизации при воспалительных процессах. Иммобилизирующая повязка при маститах. Нов. Укр. Архив, т.37, кн.3, стр.497-500, 1936.
27. Кушталов Н.И. Функция молочной железы человека при нормальных и патологических ее условиях. Астрахань, 1932.
28. Кэттиер Герман Операции на грудной железе. Оперативная хирургия - Бир, Браун, Киммель, т. УП-УП, Медгиз, 1931, стр.485.
29. Лебедев К вопросу о лечении послеродового мастита. XX лет работы Лечсануправления Кремля, Медгиз, 1939, стр.210.
30. Лушников Е.С. Новскиановый блок и масляно-бальзамическая повязка в лечении и профилактике мастита, диссертация, Медгиз, 1939.
31. Лисенков Н.К. и Вувкович В.П. Нормальная анатомия человека, Медгиз, 1943.
32. Ляндреб И.М. К вопросу о так называемых "акушерских" маститах. Вопросы Материнства и младенчества № 1, 1939.

33. Мангейм А.Б. Патогенез, клиника и лечение послеродового лактационного мастита. Гизбел, Минск, 1936.
34. Мельников А.З. Операции на грудной железе. Курс оперативной хирургии под редакцией В.Н. Шевкуненко, т.2, 1934.
35. Нидермейер Альберт- Социально-гигиенические проблемы в гинекологии и акушерстве. Издание Охраны Материнства и Младенчества НКЗ, 1928.
36. Окинчиц Я.Л. Оперативное лечение гнойного воспаления грудной железы. Оперативная гинекология, Биомедгиз, 1938.
37. Павлова Г.О. Нужна ли профилактика сосков. Журнал Акушерства и женских болезней, 1929.
38. Покровская М.П., Каганова Л.С. и другие Лечение ран бактериофагом. Медгиз, 1941.
39. Пельц-Лейзден Учение о хирургических операциях, изд. "Практическая Медицина", т. II, 1927г.
40. Пертес Послеродовые маститы. Руководство по хирургии *Wullstein u Wilms*. Практическая медицина, т.1, стр.498, 1928.
41. Руфанов И.Г. Мастит. Учебник Общей хирургии, Медгиз, 1943.
42. Строганов В.В. К профилактике заболеваний грудной железы. Врачебная газета № 2, 1927.
43. Склоковский Б. Трещины сосков, ВМЗ, т.8, стр.163-165.
44. Скробанский К. Учебник акушерства, Биомедгиз, 1936.
45. Соиников Мероприятия при трещинах сосков у кормящих. Журнал "Акушерство и Гинекология" № 2, 1938.
46. Скородинская В.В. Заметка об уходе за сосками груди при трещинах. Журнал "Акушерство и гинекология" № 9, 1936.
47. Спасокукоцкий С.И. Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры. Медгиз, 1938, стр.118.
48. Хохлов О лечении гнойного мастита. Нов. хирург. Архив, 1939, т.45, кв.1, стр.17-21.

49. Цветков и Гришина Рентгенотерапия острых маститов. "Хирургия", 1941, кн.4, стр.91-93.
50. Цомакион Заболевания грудной железы. Руководство по женским болезням под редакц. Кривского, 1927.
51. Цулукидзе А.П. К методике применения бактериофага в хирургической практике. "Вестник хирургии", т.61, кв.6, 1941.
52. Шаак В. Мастит, БМЭ, т.17, стр.25-31.
53. Шаак В. Послеродовой мастит. "Частная хирургия" под ред. Гирголав, Левит и Шаак, Медгиз, 1940.
54. Шелко К лечению маститов. Местное обезболивание в хирургии и лечении воспалительных процессов и ран. Медгиз, 1940, стр.83.
55. Штих и Маккао Ошибки и опасности при хирургических операциях, т.1, 1928, стр.196-197.
56. Шипунова М.И. К вопросу о трещинах грудных сосков. Журнал "Акушерство и гинекология" № 5, 1938.
57. Штеккель Заболевания грудных желез, Биомедгиз, 1936.



58. Aschoff — *Pathologische Anatomie. Bd. II. 28. 1923*
59. Brücke — *Wahnung des puerperal Mastites mit trockenearbeitung. Wien. Klin. Wochenschr.*
60. Bumm — *Zur Aetiologie der puerperalen Mastitis. Arch. f. Gyn. Bd. XXIV. N.47*
61. Busello Arthur — *Die acuten eitrigen Infectionen in der chirurg. und ihre Behandlung. Die Mastitis. comp. 253*
62. Dietrich u Frangenheim — *Die Erkrankungen der Brustdrüse, N. De tch. Chir. 35. 1926.*
63. Feinen — *Die verschiedenen Formen der puerperalen Mastitis und ihre Behandlung, - Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 94. 1908, s. 357*
64. Kaufmann — *Lehrbus der specillen pathologischen Anatomie Bd. II. §2*
65. Max Thorek — *Surgery of the breast. Modern Surgical Technic. Volum II, Chapter. 25.*