

### Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Дмитриевой Е.В. на тему: «Лактационный мастит»

Актуальность заявленной темы реферата, очевидна, так как очень часто женщины, особенно молодого возраста, сталкиваются с данным заболеванием в послеродовом периоде.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной – логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое – знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

В работе представлены четкие этиологические особенности, показания и противопоказания для дальнейшей тактики лечения лактационного мастита, что соответствует современным клиническим рекомендациям. Использование представленного материала позволит практикующим врачам избежать ошибок и осложнений при проведении диагностики и лечения данного заболевания.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

*доц. Шапошникова Е.В.*  
*Сезеу?*

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-  
ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Акушерства и гинекологии ИПО

Реферат на тему:  
«Лактационный мастит»

Выполнила: Дмитриева Е.В. ординатор 1 года  
кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Красноярск 2018

## Оглавление

1. Введение.....	3 стр.
2. Анатомия и физиология.....	4 стр.
3. Эпидемиология маститов.....	5 стр.
4. Микробиология .....	7 стр.
5. Классификация .....	8 стр.
6. Симптомы .....	8 стр.
7. Лечение.....	10 стр.
8. Профилактика маститов во время беременности.....	13 стр.
9. Профилактика мастита в послеродовом периоде.....	14 стр.
10. Профилактика и лечение трещин сосков.....	15 стр.
11. Выводы.....	16 стр.
12. Список используемой литературы.....	18 стр.

## Введение

Мастит - это воспаление тканей молочной железы (МЖ) независимо от природы процесса. Он может возникать вследствие стаза молока, трещин соска, а также на фоне эктазии молочных протоков, снижения иммунитета. Как правило, воспаление захватывает одну или несколько долек молочной железы. Основными симптомами являются уплотнения, боль, местное повышение температуры, гиперемия, слабость, озноб, выделения из соска. Различают диффузную и узловую формы мастита.

Лактационный мастит - это воспаление паренхимы и интерстиция молочной железы, возникшее в послеродовом периоде на фоне лактации. Лактационные маститы являются нередкой патологией молочных желез у родильниц. Частота их в настоящее время составляет 2-33% по отношению к общему количеству родов в мире. Нарушение основных принципов предупреждения заболевания, несвоевременное и неправильное лечение его начальных форм способствуют развитию тяжелых гнойных поражений молочной железы, осложняющихся сепсисом. Поэтому основной предпосылкой для правильной профилактики маститов и улучшения исходов их лечения является максимальное внимание к этому вопросу со стороны медицинских работников акушерско-гинекологических и хирургических учреждений и последовательное проведение ряда обоснованных и проверенных практикой мероприятий. Маститы возникают вследствие инфицирования молочных желез патогенными микробами, главным образом стафилококками. Предрасполагающими факторами к развитию воспаления в железе являются застой молока, появление трещин сосков, перенесенные во время беременности инфекционные заболевания, осложненное течение родов, нарушение гигиенических принципов кормления ребенка, отсутствие надлежащих санитарно-гигиенических условий в родильных отделениях и недостаточное соблюдение принципов предупреждения мастита в домашних условиях.

Следовательно, профилактика мастита должна начинаться во время беременности, продолжаться во время пребывания женщины в родильном доме до родов, в течение родового и послеродового периодов и после выписки из роддома на дому под контролем работников акушерско-гинекологической службы.

Частота лактационного мастита среди родильниц:

- в РФ 2,4 - 18%
- в мире 2 - 33%

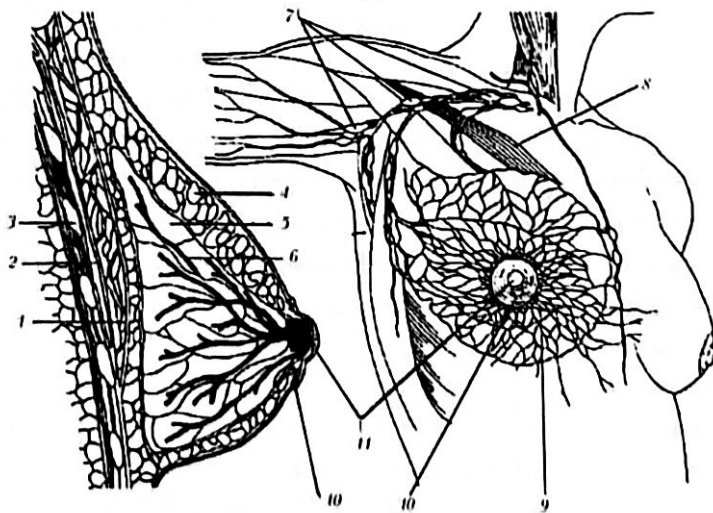
Частота среди больных хирургического стационара с гнойно-воспалительными процессами - 5 - 27%

Частота среди послеродовых гнойно-воспалительных осложнений - 26 - 67%



## Анатомия и физиология

При диагностике и выборе лечения при мастите необходимо учитывать анатомию молочной железы (рис. 1). Форма, размер, положение МЖ широко варьируют в пределах физиологической нормы и зависят от возраста женщины, фазы менструального цикла, телосложения, состояния репродуктивного здоровья, изменяются во время беременности и лактации. МЖ имеют дольчатое строение: доли, разделенные междольковыми соединительнотканными промежутками, состоят из 20-40 долек, каждая из которых, в свою очередь, состоит из нескольких десятков альвеол; пузырек альвеолы выстлан однослойным железистым эпителием и имеет выводной проток. Выводные протоки альвеол, соединяясь в более крупные, долевые, протоки, открываются на вершине соска. Приблизительно в области границы ареолы протоки имеют расширения (млечные синусы). Кроме того, как в подкожной жировой клетчатке, так и вокруг железистой ткани располагается жировая ткань, количество которой в МЖ индивидуально и в большой степени наряду с развитием железистых долек определяет размер и форму МЖ. Соединительнотканнные тяжи, поддерживающие МЖ (связки Купера), являются продолжением междольковых перегородок. Они проходят от передней поверхности МЖ к поверхностной фасции, глубоким слоям кожи и ключице. Основные регионарные группы лимфатических узлов (ЛУ): аксиллярные, подключичные, окологрудные (по ходу внутренней грудной артерии), грудные (между большой и малой грудными мышцами), надключичные. Возможен также отток лимфы в противоположную МЖ, к ЛУ верхнего отдела влагалища прямой мышцы живота, к диафрагмальным ЛУ, поверхностным парастернальным и поддиафрагмальным ЛУ.



Анатомия молочной железы женщины: 1 - большая грудная мышца; 2 - малая грудная мышца; 3 - ребро; 4 - жир; 5 - железы; 6 - молочные протоки; 7 - лимфатические узлы; 8 - большая грудная мышца; 9 - лимфатический дренаж молочной железы; 10 - ареола; 11 - сосок [www.akusher.org.ua](http://www.akusher.org.ua)

Рисунок 1

**Физиология лактации.** Основная физиологическая функция МЖ - синтез и выделение молока для кормления ребенка. Со второго триместра беременности начинается

секреция молозива, представляющего собой мутноватую жидкость, богатую белками и бедную жирами. В нем отмечается наличие клеток, называемых тельцами Донне. По своему составу молозиво больше походит на сыворотку, чем на молоко.

Продолжительность лактации у женщины колеблется в норме от пяти до двадцати четырех месяцев, а продуцируемое количество молока колеблется от 600 до 1300 мл в сутки. Максимальная секреция молока достигается к 6-12-му дням послеродового периода, затем отмечается период стабилизации, в течение которого количество выделяемого молока может обеспечить адекватное питание новорожденного в первые 3-6 месяцев послеродового периода. Процесс подготовки МЖ к выработке молока называется лактогенезом, а процесс поддержания лактации у кормящей женщины - лактопозом. Процесс лактопоза поддерживается во время кормления грудью посредством нейрогормональных рефлексов, приводимых в действие сосанием. Рефлекторная дуга начинается в чувствительных рецепторах сосков и ареол, откуда по спинномозговым путям сигнал поступает в гипоталамус. В гипоталамусе индуцируется продукция октапептидов (в основном окситоцина) и адено- и внемозифизарных гормонов, которые поддерживают лактацию. Выделение молока - процесс, обусловленный описанным выше нейроэндокринным рефлексом, в рамках которого ведущая роль принадлежит окситоцину и вазопрессину.

### **Эпидемиология маститов**

Исторически послеродовой, или лактационный, мастит был разделен на эпидемиологические и спорадические формы. В более ранней литературе мастит характеризовался как острый грудной аденит, в котором первичное инфицирование происходит в лактационных протоках. В этом случае возможно получение гнойного материала из протоков. Иногда несмежные доли в той же самой груди или доли в обеих МЖ инфицируются одновременно. Этот тип инфекции является эпидемическим и связан со стафилококковыми вспышками новорожденных. Спорадический послеродовой мастит характеризовался как острый грудной целлюлит. Эта инфекция отличается интенсивным воспалением междолевой соединительной ткани. Получение гноя из протоков обычно невозможно. Входными воротами для бактерий, как предполагалось, являются трещины сосков. Эта форма мастита - наиболее частая, с которой мы сталкиваемся сегодня. Мастит развивается у 2-5% лактирующих женщин. Точно определить причину мастита трудно по двум причинам. Во-первых, данные о частоте мастита различны у разных исследователей. Частота, кажется, недооценена, потому что 50% женщин с очевидной грудной инфекцией не обращаются за медицинской помощью. По данным маммологического кабинета ДРЦОМД зарегистрировано (по обращаемости): 2007 г. - 40 случаев лактационного мастита; 2008 г. - 143 случая. Во-вторых, некоторые авторы в пределы этого определения включают застой молока и другие неинфекционные состояния, чего другие не делают. Согласно X Международной классификации болезней, различают следующие нарушения лактации (O91-92): O91 - лактационный мастит; O92.1 - трещина соска; O92.2 - другие и неуточненные нарушения; O92.3 - агалактия первичная; O92.4 - гипогалактия; O92.5 -

кормления. Сроки внутрибольничного инфицирования новорожденных и возникновения мастита различны. Данный факт также говорит о том, что непосредственным источником инфекции при мастите является новорожденный, который может быть как бациллоносителем, так и больным с теми или иными воспалительными заболеваниями полости рта, зева, носоглотки. Входными воротами для микроорганизмов служат чаще всего трещины сосков, возможно и интраканаликулярное проникновение инфекции при кормлении грудью или сцеживании молока, реже - распространение инфекции гематогенным и лимфогенным путями из эндогенных очагов инфекции. От 25 до 31% всех маститов развиваются при наличии трещин сосков. Число случаев обнаружения трещин сосков у кормящих составляет 23-65%, тогда как мастит у родильниц возникает в 3-6% случаев. Тем не менее профилактика трещин сосков у родильниц служит одновременно профилактикой ЛМ. Чрезвычайно важным фактором в возникновении ЛМ, как уже говорилось выше, является застой молока с инфицированием его патогенными микроорганизмами. При застое увеличивается число бактерий в молоке и молочных ходах. Свернувшееся молоко подвергается молочнокислому брожению, что приводит к разрушению эпителия, выстилающего молочные ходы и альвеолы. При повышении давления в МЖ в ней нарушается кровообращение, возникает венозный застой. С развитием отека межтканевой ткани понижается ее устойчивость к патогенным микроорганизмам, что создает хорошие условия для развития инфекции. Снижение устойчивости тканей к инфекции в силу указанных выше причин и снижения общей сопротивляемости организма женщины, ослабленной родами, авитаминозами, сопутствующими воспалительными заболеваниями, создают благоприятные условия для развития мастита.

К факторам риска лактационного мастита относят:

- недостаточное соблюдение личной гигиены;
- низкий социально-экономический уровень пациентки;
- наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (псориаз, дерматиты, экзема, сахарный диабет);
- сниженная иммунореактивность организма;
- осложненные роды;
- осложненное течение послеродового периода (раневая инфекция, замедленная инволюция матки, тромбофлебиты);
- недостаточность млечных протоков в молочной железе;
- аномалии развития сосков;
- трещины сосков; неправильное сцеживание молока.

## **Микробиология**

Основной микроорганизм, вызывающий послеродовой мастит, - это *Staphylococcus aureus*. Эта бактерия может быть обнаружена у приблизительно 70% женщин с маститом. Следующий наиболее часто встречаемый инфекционный агент - *Staphylococcus epidermidis*, который можно высеять приблизительно в 25% случаев. Большинство этих инфекций устойчивы к пенициллину. Новорожденный обсеменяется

staphylococci сразу после рождения в результате близкого контакта с матерью или взаимным загрязнением в помещениях послеродового отделения. Некоторые исследователи демонстрировали инфицирование стафилококком новорожденных персоналом детского отделения.

### **Классификация**

Хирургическая классификация маститов: I. По причине заболевания: . Неспецифический. . Специфический. II. По функциональному состоянию МЖ: 1. Лактационный. . Нелактационный. III. По течению воспалительного процесса: 1. Острый. . Хронический. IV. По распространенности процесса: 1. Ограниченный. . Диффузный. V. По характеру воспаления: 1. Серозный. . Инфильтративный. . Гнойный: а) абсцедирующий; б) инфильтративно-абсцедирующий; в) флегмонозный; г) гнойно-некротический. . Гангренозный. VI. По локализации и глубине поражения: 1. Поверхностный: а) подкожный; б) субареолярный. . Глубокий: а) интрамаммарный; б) ретромаммарный.

### **Симптомы**

Особенностями клинического течения лактационного мастита в современных условиях являются:

- позднее начало (через 1 мес. после родов);
- увеличение доли стертых, субклинических форм мастита, при которых клинические проявления заболевания не соответствуют истинной тяжести процесса;
- преобладание инфильтративно-гнойной формы мастита;
- затяжное и длительное течение гнойных форм заболевания.

Развитию воспалительного процесса в молочной железе способствует лактостаз, обусловленный окклюзией выводящих протоков. В связи с этим мастит в подавляющем большинстве случаев возникает у первородящих. При лактостазе молочная железа увеличивается в объеме, пальпируются плотные увеличенные дольки с сохраненной мелкозернистой структурой. Температура тела может повышаться до 38- 40 °С. Это объясняется повреждением млечных протоков, всасыванием молока и его пирогенным действием. Отсутствуют гиперемия кожи и отечность ткани железы, которые появляются при воспалении. После сцеживания молочной железы при лактостазе боли исчезают, пальпируются небольшого размера безболезненные дольки с четкими контурами и мелкозернистой структурой, температура тела снижается. В случае уже развившегося на фоне лактостаза мастита после сцеживания в тканях молочной железы продолжает определяться плотный болезненный инфильтрат, сохраняется высокая температура тела, самочувствие больных не улучшается. Если лактостаз не купирован в течение 3- 4 сут, то возникает мастит, так как при лактостазе количество микробных клеток в млечных протоках увеличивается в несколько раз и вследствие этого реальна угроза быстрого прогрессирования воспаления.

**Серозный мастит.** Заболевание начинается остро, на 2-3-4-й неделе послеродового периода, как правило, после выписки родильницы из акушерского стационара. Температура тела повышается до 38-39 °С, сопровождается ознобом. Появляются симптомы интоксикации (общая слабость, разбитость, головная боль). Пациентку беспокоит сначала чувство тяжести, а затем боль в молочной железе, застой молока. Молочная железа несколько увеличивается в объеме, кожа ее гиперемирована. Сцеживание молока болезненное и не приносит облегчения. При пальпации пораженной железы выявляется диффузная болезненность и умеренная инфильтрация железы без четких границ. При неадекватной терапии и прогрессировании воспалительного процесса серозный мастит в течение 2-3 дней переходит в инфильтративную форму.

**Инфильтративный мастит.** Пациентку беспокоят сильные ознобы, чувство напряжения и боль в молочной железе, головная боль, бессонница, слабость, потеря аппетита. В молочной железе пальпируется резко болезненный инфильтрат без очагов размягчения и флюктуации. Железа увеличена в размерах, кожные покровы над ней гиперемированы. Отмечается увеличение и болезненность при пальпации подмышечных лимфатических узлов. В клиническом анализе крови наблюдается умеренный лейкоцитоз, СОЭ повышается до 30-40 мм/ч. При неэффективном или несвоевременном лечении через 3-4 дня от начала заболевания воспалительный процесс приобретает гнойный характер.

**Гнойный мастит.** Состояние больных существенно ухудшается: нарастает слабость, снижается аппетит, нарушается сон. Температура тела чаще в пределах 38-49 °С. Появляются озноб, потливость, отмечается бледность кожных покровов. Усиливаются боли в молочной железе, которая напряжена, увеличена, выражены гиперемия и отечность кожи. При пальпации определяется болезненный инфильтрат. Молоко сцеживается с трудом, небольшими порциями, часто в нем обнаруживается гной.

**Абсцедирующая форма мастита.** Преобладающими вариантами являются фурункулез и абсцесс ареолы, реже встречаются интрамаммарный и ретромаммарный абсцессы, представляющие собой гнойные полости, ограниченные соединительнотканной капсулой. При пальпации инфильтрата отмечается флюктуация. В клиническом анализе крови имеет место увеличение количества лейкоцитов ( $15,0-16,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ), СОЭ достигает 50-60 мм/ч, диагностируется умеренная анемия (80-90 г/л).

**Флегмонозная форма мастита.** Процесс захватывает большую часть железы с расплавлением ее ткани и переходом на окружающую клетчатку и кожу. Общее состояние родильницы в таких случаях тяжелое. Температура тела достигает 40 °С. Имеют место ознобы и выраженная интоксикация. Молочная железа резко увеличивается в объеме, кожа ее отечная, гиперемированная, с участками цианоза. Наблюдается резкое расширение подкожной венозной сети, лимфангит и лимфаденит. При пальпации молочная железа пастозная, резко болезненная. Определяются участки флюктуации. В клиническом анализе крови отмечаются лейкоцитоз до  $17,0-18,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , увеличение СОЭ - 60-70 мм/ч, нарастающая анемия, палочко-ядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, эозинофилия, лейкопения. Флегмонозный мастит может сопровождаться септическим шоком.



**Гангренозная форма мастита.** Протекает особенно тяжело с выраженной интоксикацией и некрозом молочной железы. Общее состояние больной тяжелое, кожа бледная, слизистые оболочки сухие. Женщина жалуется на отсутствие аппетита, головную боль, бессонницу. Температура тела достигает 40 °С, пульс учащен (110-120 уд/мин), слабого наполнения. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, отечна; кожа над ней от бледно-зеленого до синюшно-багрового цвета, в некоторых местах с участками некроза и образованием пузырей, сосок втянутый, молока нет. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз достигает  $20,0-25,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , отмечается резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ повышается до 70 мм/ч, уровень гемоглобина снижается до 40-60 г/л.

### Лечение

Главным залогом успешного лечения является, конечно же, качественная диагностика. Подходы к лечению лактостаза, ранней стадии мастита (серозная, инфильтративная) и при гнойно-деструктивных формах имеют принципиальные отличия. При лактостазе прежде всего необходимо провести мероприятия, направленные на устранение его причины. Необходимо выяснить режим кормления, провести консультирование кормящей для обеспечения кормления по требованию, только грудного вскармливания без дополнительного применения смесей, сосок, бутылочек и т.д., проконтролировать правильность прикладывания новорожденного к груди. Женщине рекомендуется соблюдать определенную диету, которая не провоцирует задержку жидкости, отечность, т.е. исключить сладкие, жирные, соленые продукты. При явном избытке молока в первые дни становления лактации можно перед кормлением новорожденного излишки молока сцеживать.

Основные принципы лечения мастита:

- Продолжение грудного вскармливания (кормление ребенка из заболевшей железы 6 раз и сцеживание молока 3 раза из здоровой железы).
- Своевременная регулярная эвакуация молока.
- Элиминация возбудителя (антибактериальная терапия).
- Лечение трещин сосков.
- Раннее начало лечения.

Лечение проводится с учетом формы и фазы процесса. Как только диагноз послеродового мастита уточнен, терапия антибиотиками должна быть начата, чтобы гарантировать оптимальный результат. Задержка лечения значительно увеличивает частоту формирования абсцесса. Какие бы лечебные методы ни применялись, необходимо соблюдать основной принцип: проводить лечение мастита с учетом фазности, стадийности процесса: на начальных стадиях показана комплексная консервативная терапия, в деструктивную фазу процесса - хирургическая операция с последующим лечением гнойной раны. Лечение может проводиться или в амбулаторных условиях, или в стационаре, в зависимости от серьезности состояния пациентки. Системные признаки должны быть ограничены лихорадкой и умеренным недомоганием. В случае амбулаторного лечения повторный осмотр и оценка состояния

пациентки обязательны в течение 24-48 часов. Если отсутствует положительная динамика как ответ на терапию антибиотиками, женщина должна быть госпитализирована. Удалению из МЖ микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности, уменьшению застоя молока способствует продолжение кормления грудью. Лечение послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, специфическим и активным. Оно должно включать антибактериальные препараты, дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства, методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма, при гнойном мастите - своевременное оперативное вмешательство. Лечение мастита в стадии серозной инфильтрации должно быть комплексным и включать в себя следующие мероприятия:

- Покой (постельный режим).
- Приподнятое положение заболевшей железы с помощью лифчика.
- Ограничение приема жидкости.
- Кормление ребенка из заболевшей железы 6 раз (и сцеживание молока 3 раза из здоровой железы).
- Прикладывание холода (грелки со льдом) на пораженный участок молочной железы на 20 минут через каждые 1-1,5 часа (в течение 2-3 дней).
- Инъекции окситоцина по 0,5 г подкожно 2-3 раза в день, перед самым началом кормления.
- Применение сульфамидных препаратов по 1,0 г 4-5 раз в сутки.

Высокоэффективна при лечении начинающихся лактационных маститов ретромаммарная новокаинопенициллиновая блокада, проводимая по следующей методике. Больная маститом укладывается на перевязочном столе или кровати на спину. Молочная железа, пораженная маститом, опорожняется от молока, у своего основания протирается 70° спиртом и смазывается 5% настойкой йода. При строгом соблюдении асептики тонкой иглой у основания молочной железы на переходной кожной складке делается новокаиновый желвак, длинной пункционной иглой под основание молочной железы в ретромаммарную жировую клетчатку вводится 200-300 мл 0,25% раствора новокаина (в зависимости от объема молочной железы и распространения воспалительного процесса в ней). Новокаин с добавлением 500 тыс. МЕ пенициллина вводится в ретромаммарную клетчатку независимо от локализации воспаления в железе. После проведения ретромаммарной блокады на молочную железу накладывается повязка, фиксирующая ее в приподнятом положении. Прикладывание ребенка к молочной железе, пораженной маститом, не прерывается. Молочная железа опорожняется от молока в промежутках между кормлениями и облучается кварцем. Если воспалительный процесс в молочной железе под влиянием систематически проводимого консервативного лечения в течение 3-5 дней не поддается обратному развитию и продолжает развиваться дальше, консервативное лечение следует сменить оперативным. Успех оперативного лечения лактационного мастита зависит от эффективности и длительности консервативной терапии и срока, прошедшего от начала заболевания до операции. При тяжелом общем состоянии больных с абсцедирующим маститом следует оперировать тут же при поступлении в стационар под общим обезболиванием. Разрез длиной 7-10 см производят в месте флюктуации

или наибольшей болезненности в радиальном направлении, не доходя до околососкового кружка или же на 2-3 см отступив от соска. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и вскрывают полость гнойника. Введенным в полость гнойника пальцем разделяются все имеющиеся тяжи и перемычки. При наличии гнойника одновременно в верхнем или нижнем квадрантах молочной железы разрез нужно делать в нижнем квадранте и через него опорожнять гнойник, расположенный в верхнем квадранте. В случае затруднения опорожнения гнойника из одного разреза надо сделать второй радиарный разрез противоположестве. Если в одной железе имеется два абсцесса, далеко отстоящих друг от друга, над каждым из них делают радиарные разрезы. После освобождения полости (полостей) абсцесса от гноя и некротических тканей она осушается, промывается перекисью водорода и раствором фурацилина 1 : 5000, после этого дренируется резиновым дренажем и рыхло тампонируется бинтом, смоченным мазью Вишневского А.В. Через 4-5 суток тампон удаляют и заменяют новым. Когда рана выполняется здоровыми грануляциями, можно наложить вторичные швы. Лечение больных флегмонозной и гангренозной формой мастита заключается в срочной операции сразу же при поступлении в стационар, в порядке оказания экстренной помощи. Необходимо вскрывать гнойник одним или двумя широкими разрезами 8-10 см длиной в радиальном направлении. При распространении флегмоны и гангрены на всю железу разрез следует делать на нижней поверхности железы. Если не удастся полностью освободить полость от гноя из одного разреза, можно сделать дополнительные разрезы и дренировать полости. При распространении процесса на ретромаммарное пространство необходимо использовать овальный разрез под железой, для чего последнюю приподнимают кверху. После рассечения кожи и подкожной клетчатки частично отслаивают молочную железу от большой грудной мышцы до уровня воспалительного очага. После этого изнутри, то есть со стороны интрамаммарного пространства, широко вскрываются гнойные полости и дренируются. При этом дополнительных контрапертур не требуется. Во всех случаях проба гноя забирается в стерильную пробирку и отправляется в баклабораторию для определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Дренирование и тампонада гнойных ран проводятся по описанным принципам лечения абсцедирующего мастита. На молочную железу накладывается повязка с таким расчетом, чтобы она хорошо поддерживала железу, не создавала венозного застоя и оставляла открытым сосок для кормления ребенка или регулярного отсасывания молока молокоотсосом. Лечение больных флегмонозной и гангренозной формой требует особого внимания и мероприятий, направленных на подавление патогенной микрофлоры, повышение защитных сил организма и нормализацию функций организма, нарушенных в результате тяжелой интоксикации. Для этого применяют антибиотики в достаточных дозах, внутривенное введение раствора Рингера или глюкозы, витаминов, сердечных средств, 10% раствора хлористого кальция, рекомендуют высококалорийную диету, обильное питье. Прикладывание ребенка к оперированной молочной железе и опорожнение ее от молока в промежутках между кормлениями начинают со следующего дня после операции. Прогноз при своевременной диагностике гнойного мастита и своевременном лечении благоприятный, после обширных деструктивных процессов страдает только функция



железы. Смертельные исходы наблюдаются при развитии сепсиса у больных с флегмонозными и гангренозными формами мастита. Антибиотики являются основным компонентом в комплексной терапии послеродового мастита. Основные требования к антибиотикам, применяемым во время лактации: безвредность для матери и новорожденного; широкий спектр действия (прежде всего против грамположительных кокков и грамотрицательных палочек); достаточная концентрация и тропность к ткани молочной железы; комплайентность (удобный для пациентки способ и режим применения).

Антибиотики, безопасные при кормлении грудью: пенициллины (бензилпенициллин, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, ампициллин); макролиды (азитромицин, джозамицин, кларитромицин); цефалоспорины (цефазолин, цефокситин, цефуроксим, цефметазол, цефтриаксон). Недопустимы к применению при кормлении грудью: сульфаниламиды, линкозамыны (клиндамицин, линкомицин - только в крайних случаях), производные имидазола (при назначении метронидазола прекратить кормление грудью на 12-24 ч), тетрациклины, фторхинолоны, левомицетин. Препаратами выбора следует считать полусинтетические пенициллины: оксациллин, амоксициллин (например, амофаст, флемоксин соллютаб, флемоклав). При наличии перекрестной аллергии назначаются макролиды, цефалоспорины (цефазолин, цефалексин, цефтриаксон (лендацин), цефотаксим).

### **Профилактика маститов во время беременности**

Подготовка молочных желез и сосков во время беременности к их будущей функции должна начинаться в женской консультации при первом обращении беременной. В основе подготовки лежат общегигиенические мероприятия: соблюдение чистоты тела, белья, рук. Гигиенические мероприятия повышают тонус организма и функциональную деятельность отдельных его органов и систем, в частности молочных желез. Следует рекомендовать беременным ежедневное (по утрам) обмывание молочных желез водой комнатной температуры с мылом с последующим вытиранием кожи желез и сосков жестким полотенцем. Особое внимание должно быть обращено на покрыв белья, в частности лифчиков. Молочные железы должны быть приподняты, т.к. отвисание их предрасполагает к образованию застоя молока. По мере увеличения молочных желез с развитием беременности размеры лифчиков должны меняться. Белье должно быть легким и свободным и нигде не сдавливать тело. Начиная с 5-6го месяца беременности желательны ежедневные воздушные ванны. С этой целью беременной нужно рекомендовать в течение 10-15 минут лежать на кровати с открытой грудью. С целью повышения общего тонуса организма беременной и резистентности его к инфекции рекомендуется проводить начиная с 7-8го месяца беременности общее облучение ультрафиолетовыми лучами (через день, 15-20 сеансов). Начинают облучение с дробной части найденной средней биодозы, которая затем повышается до 1 биодозы. Продолжительность каждого облучения, в зависимости от индивидуальных условий, неодинакова. Расстояние от горелки (по отвесной линии) не менее 50 см. Весь курс облучения каждой женщины необходимо производить одной и той же горелкой. Особое внимание следует обратить на беременных, имеющих плоские и втянутые

соски. У таких женщин должно быть испытано вытягивание сосков чисто вымытыми руками. Эта манипуляция сначала проводится акушерками в консультации, затем беременная, после ее обучения, производит вытягивание сосков самостоятельно (при посещении беременной консультации врач проверяет, правильно ли женщина производит вытягивание сосков). Независимо от формы соска за 2-3 недели до родов должна проводиться специальная тренировка их к предстоящему кормлению путем ритмического сдавливания сосков. Эти подражающие сосательным движениям ребенка сдавливания производят большим и указательным пальцами, захватывая сосок у основания. Такие манипуляции учащаются и продолжительность их увеличивается к концу беременности с 2-3 до 25-30 минут. Эта манипуляция противопоказана при угрозе преждевременных родов и несвоевременном прерывании беременности в анамнезе. При жирной коже сосков рекомендуется во время утреннего туалета обмывать молочные железы детским мылом, а при выраженной сухости кожи соска смазывать его стерильным вазелиновым маслом. Нужно предупредить беременную, что для всех манипуляций с молочными железами и сосками она должна иметь отдельное полотенце для рук. Особенно строго и настойчиво должны проводиться профилактические мероприятия, предупреждающие мастит, с момента поступления роженицы в стационар и в послеродовом периоде. Система профилактических мероприятий, проводимая для возможного ограждения родильниц от инфицирования их больничным стафилококком, начинается с момента поступления в приемный покой и носит организационный характер.

#### **Профилактика мастита в послеродовом периоде**

После родов родильница поступает в палату, которая подверглась тщательной обработке, проветриванию и облучению ультрафиолетовыми лучами. Специальная сестра отделения должна ознакомить родильниц с правилами и техникой кормления ребенка и сцеживания молока. Сцеживание молока имеет целью не только поддержание лактации, но и более плавное проведение периода нагрубания (прилива молока на 3-5й день после родов), что устраняет возможный застой молока - один из основных факторов, предрасполагающих к возникновению мастита. Особое внимание родильниц должно обращаться на подготовку и технику кормления ребенка. Приняв удобную позу, они расстилают у груди детскую пеленку и ограждают ею молочную железу от белья и халата. Технику сцеживания молока объясняет и показывает молочная сестра отделения. Правильное прикладывание - это одна из составляющих, которая обеспечивает приятное и длительное кормление детей грудным молоком. Именно правильное прикладывание позволяет молодым мамам избежать травмирования сосков, закупоривания млечных протоков, а как следствия - возникновения лактостаза, мастита. И кроме того, только правильно приложенный ребенок максимально опорожняет молочные железы, а значит, у мамы не уменьшается количество молока, и, конечно, ребенок хорошо прибавляет в весе. В идеальной ситуации ребенок обучается правильному захвату груди матери в первые 3 суток. Первое прикладывание к груди должно состояться через 20 минут после рождения. Обязательно должно соблюдаться условие, что ребенок не получает НИЧЕГО, кроме

грудю. Мать должна подать грудь ребенку, не надо ждать, что он проявит активность и сам за нее уцепится. Грудь нужно придерживать рукой - большой палец над соском, ладонь под грудью. Поводить соском по нижней губе ребенка и, дождавшись, когда ребенок откроет рот максимально широко, вложить грудь в рот как можно глубже. Правильный захват обеспечивается именно глубоким вхождением соска и ареолы в рот ребенка, при этом сосок должен находиться в районе мягкого неба. Нижняя губа ребенка должна быть вывернута наружу, а язык опущен. Внешне правильное прикладывание выглядит так: ребенок упирается носом и подбородком в мамину грудь. Таким образом, он чувствует маму практически всем своим лицом, что действует на него успокаивающе. Не надо волноваться, что ребенку нечем будет дышать, и держать пальцем «ямочку» около его носа. Это невинное действие может повлечь за собой закупорку млечного протока, а, кроме того, ребенок «съедет» на конец соска и будет его травмировать. Жесткие крылья носа малыша не дадут ему задохнуться. При правильном захвате мама не должна чувствовать боль. Боль может быть в течение первых 2 секунд, а дальше сосание должно быть комфортным. Если вы чувствуете боль, надо забрать грудь и дать ее снова. Чтобы забрать грудь, не травмируя сосок, вводим мизинец в рот ребенка и разжимаем десны, только после этого забираем грудь. После того как ребенок отпустил грудь, сосок должен иметь вытянутую форму, быть раза в два больше обычного. Если сосок слегка сплюснут - это неправильное прикладывание. Во время сосания не должно быть никаких звуков, например причмокивания или щелчков. Эти звуки свидетельствуют о неверном захвате. В период всего кормления грудью мать должна следить за правильностью захвата груди ребенком. В случае если женщина не уверена в правильности захвата, необходимо забрать грудь и дать снова. Среди других гигиенических мероприятий, ограждающих соски от инфекции, наибольшее значение имеют ежедневное мытье каждой родильницей рук стерильной щеткой, обмывание тела до пояса (особенно тщательно молочных желез и сосков) проточной водой с мылом и вытирание их специальной пеленкой, сменяемой каждый раз. Для лежащих родильниц это мероприятие должно заменяться обтиранием молочных желез ватным шариком (отдельным для каждой железы), смоченным 2% раствором салицилового спирта. Эффективность указанных мероприятий систематически проверяется исследованием смывов с кожи сосков молочных желез на наличие патогенных микробов.

### **Профилактика и лечение трещин сосков**

Большое значение в возникновении маститов имеют трещины сосков, которые являются резервуаром патогенного стафилококка и входными воротами инфекции. Основными предрасполагающими факторами, приводящими к появлению трещин, являются: ) нерациональное питание беременной и недостаточное введение витаминов, особенно в последние месяцы беременности; ) несоблюдение общегигиенических мероприятий; ) неправильный уход за сосками во время беременности; ) неправильный метод кормления; ) неправильное сцеживание молока руками. С целью профилактики трещин сосков, помимо упомянутых уже общегигиенических мероприятий, выполняемых самими родильницами, большое значение следует придавать

систематическому контролю со стороны медицинских работников правильности выполнения этих мероприятий родильницами. Врач родильного отделения совместно с педиатром обязаны лично проверять правильность методики кормления детей, немедленно устраняя все недостатки. После выписки родильницы из роддома дальнейший контроль за правильностью кормления и соблюдением гигиенических принципов профилактики трещин сосков и лактационного мастита должен осуществляться детской и женской консультациями, а при посещении родильниц на дому - акушерками и патронажными сестрами. Трещины сосков всегда сопровождаются более или менее резко выраженной воспалительной реакцией в окружающих тканях. Воспаление поддерживается постоянно повторяющимся раздражением во время кормления и бактериальной или дрожжевой (молочница) инфекцией трещин. При подозрении на дрожжевой дерматит сосков необходимо произвести микроскопическое исследование материала, взятого с сосков (покрышки пузырьков и пустул, отслаивающийся эпидермис и др.). При наличии трещин сосков кормление может проводиться через накладку с широким основанием. Соски обрабатывают одним из следующих способов: . Перед каждым кормлением сосок и околососковый кружок протираются комочком чистой ваты или марли, смоченным в растворе нашатырного спирта, и высушиваются прикладыванием (но не протиранием) к ним сухой ваты; после такой подготовки ребенку дают грудь. После кормления сосок вновь протирается и высушивается, как перед кормлением, после этого женщина лежит с открытой грудью 15-20 минут (воздушная ванна). . До кормления соски не обрабатываются. После каждого кормления соски смазывают 1% раствором метиленовой сини в 60° спирте: женщина лежит с открытой грудью в течение 15-20 минут (воздушная ванна). . До кормления соски не обрабатывают. После каждого кормления прикладывают к соску в виде марлевых накладочек 1-5% синтомициновую эмульсию. . До кормления соски не обрабатывают. После каждого кормления смазывают трещины преднизолоновой мазью. При трещинах сосков ношение лифчиков является одним из важных лечебно-профилактических мероприятий. Соблюдение чистоты всего тела, частая смена нательного и постельного белья, короткая стрижка ногтей, ежедневные обмывания молочных желез являются важнейшими гигиеническими мероприятиями при трещинах сосков и угрожающем мастите.

## **Вывод**

Мастит развивается у 2-5% лактирующих женщин. Точно определить причину мастита трудно. Входными воротами для бактерий чаще всего являются трещины сосков. Острый мастит может развиваться в любое время в течение кормления грудью, но в основном это происходит в течение первого месяца постнатального периода. Возможно, предрасположенность к лактостазу в первые недели после родов объясняет высокую заболеваемость маститом в этот период. Основными причинами лактационного мастита являются застой молока и госпитальная инфекция. Прекращать кормление грудью не рекомендуется, т.к. важен регулярный отток молока. При сохранении грудного вскармливания мастит прогрессирует в гнойный или абсцесс

только в 4% случаев. При гнойно-деструктивных формах, требующих обязательного хирургического лечения, вопрос о сохранении грудного вскармливания решается индивидуально. Лактация сохраняется во всех случаях, когда это возможно. Ранняя диагностика послеродового мастита позволяет быстро начать противовоспалительную терапию и минимизирует воздействие на мать и младенца. В послеродовом периоде должно быть тщательное наблюдение за кормящими, и начинающийся мастит и лактостаз должны диагностироваться как можно раньше. Мерами и обязательными условиями профилактики являются соблюдение санитарно-гигиенического режима, своевременное выявление и санация очагов инфекции, соблюдение режима естественного грудного вскармливания, правильное прикладывание новорожденного к груди, внимательное и доброжелательное отношение медицинского персонала.



## Список используемой литературы

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии. Руководство. - СПб.: СпецЛит, 2001. - 239 с.
2. Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации. - СПб.: Издательство «Диля», 2003. - 352 с.
3. Куприненко Н.В. Фармакокинетика антимикробных препаратов во время беременности и их действие на плод // Новости медицины и фармации. - 2010. - №310. - С. 50-57.
4. Ласачко С.А. Диагностика и лечение диффузных доброкачественных заболеваний молочной железы / Современные направления амбулаторной помощи в акушерстве и гинекологии. - Донецк: ООО «Лебедь», 2003. - С. 195-203.
5. Оскретков В.И., Кокин Е.Ф. Хирургическое лечение больных с острым абсцедирующим и флегмонозным лактационным маститом // Вестник хирургии. - 2001. - Т. 160, №2. - С. 70-76.
6. Усов Д.В. Избранные лекции по общей хирургии. - Тюмень, 1995. 49-77с.
7. Чайка В.К., Ласачко С.А., Квашенко В.П. Роль акушера-гинеколога в выявлении и профилактике заболеваний молочных желез // Новости медицины и фармации. - 2004. - №7(май). - С. 14-15.
8. Частная хирургия / Под ред. Ю.Л. Шевченко. - СПб.: СпецЛит, 2000. - Т. 1. - С. 129-142. .
9. Юхтин В.И., Чадаев А.П., Хуторянский И.Н. О хирургической классификации мастита // Мед. помощь. - 1995. - №2. - С. 21-23.
10. <http://www.eurolab.ua/diseases/733/> «Лактационный мастит» .
11. <http://www.kid.ru/akusher/13.php3> «Послеродовый (лактационный) мастит»