

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней
им. проф. Ю.М. Лубенского

РЕФЕРАТ

Мастит

Выполнил: ординатор Гергердт Ю.И.

Руководитель: д.м.н., профессор кафедры
и клиника хирургических болезней
им. проф. Ю.М.Лубенского
Здзитовецкий Д.Э.

Красноярск 2019

Содержание

1. Этиопатогенез
2. Патологическая анатомия
3. Клиническая картина
4. Профилактика
5. Лечение мастита
6. Осложнения
7. Прогноз

МАСТИТ

Мастит, или грудница (от *греч.* mastos – грудь), представляет собой очаговый воспалительный процесс в молочной железе, связанный с первичным проникновением гнойной инфекции в ее паренхиму или строму, нередко имеющий тенденцию к распространению, гнойной деструкции железистого тела и жировой капсулы, ретромаммарной клетчатки и даже к генерализации инфекции.

Воспаление молочной железы чаще наблюдается у кормящих матерей, главным образом у первородящих, но бывает у беременных в последние недели перед родами и гораздо реже - у девушек или женщин в климактерическом периоде.

Наибольшая заболеваемость наблюдается в возрастной группе от 21 года до 25 лет (47% пациентов). Из общего количества больных лактационным маститом: первородящие - 65%, после вторых родов - 29% и многорожавшие - 6%.

У 45% больных воспаление локализуется в правой молочной железе, у 39% - в левой; у 16% процесс поражает обе железы. У 82% мастит развивается в первые 4 недели послеродового периода.

Патогенез. В возникновении процесса принимают участие различные неблагоприятные факторы, носящие название предрасполагающих:

1. Снижение резистентности (сопротивляемости) организма.
2. Застой молока в грудной железе (лактостаз).
3. Наличие входных ворот инфекции.

Причины снижения резистентности организма

- нормально протекающая беременность, особенно при наличии сопутствующих заболеваний (ревматизм, пороки развития);
- патология беременных (нефропатия);
- тяжелое течение родов (кровотечение);
- простудные заболевания.

Инфекция может возникнуть эндогенным и экзогенным путем.

Гораздо чаще она бывает экзогенной. Входными воротами в 50% случаев являются трещины соска, ссадины, экземы, небольшие ранки, возникающие при вскармливании грудью. Пути контаминации

1. Через молочные ходы (каналикулярный).
2. Лимфогенно (из ран, трещин и т.д.).
3. Гематогенно (бактеремия, сепсис).

Через неокрепшую кожу соска, трещины, царапины, ссадины, эксфолиации эпидермиса инфекция по лимфатическим сосудам проникает в интерстициальную ткань железы и приводит к развитию воспалительного процесса. Она может проникать по молочным ходам в дольки железы и при закупорке выводных протоков приводит к развитию мастита.

Возбудителями мастита почти всегда бывают обычные гноеродные микробы (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка и др.). У 90% больных маститом в гное (при посевах) обнаруживают различные виды стафилококков, у 6-8% - другие виды микроорганизмов.

Нередко началом заболевания является застой молока в железе. Она увеличивается в объеме, напрягается, становится плотной и болезненной, а проникшие в железу микробы свертывают молоко в выводных протоках долек. Токсины микробов повреждают эпителий, выстилающий протоки и дольки, что приводит к прорыву микроорганизмов в интерстициальную ткань, к развитию воспаления и к образованию гнойников или флегмоны молочной железы. При проникновении инфекции через повреждения кожи соска процесс иногда может ограничиться воспалением подкожной клетчатки и образованием *ареолярного абсцесса*. У подавляющего большинства больных инфекция по лимфатическим сосудам проникает в интерстициальную ткань молочной железы и ведет к рефлекторному расширению ее сосудов.

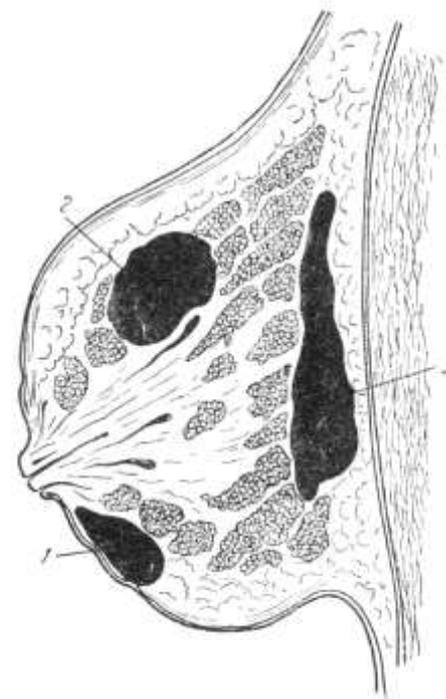


Рис. 1. Локализация гнойников при мастите.
1 - субареолярный; 2 - интрамаммарный; 3 - ретромаммарный.

Причины лактостаза

- несоответствие физиологической активности железистой ткани и молочных ходов (особенно после первых родов);
- плоский сосок;
- плохой уход за молочной железой и соском;
- наличие трещин соска;
- отказ ребенка от грудного кормления и переход на искусственное вскармливание.

Патологическая анатомия.

Острый воспалительный процесс начинается скоплением серозного экссудата в межклеточных пространствах и лейкоцитарной инфильтрацией. Это так называемая серозно-инфильтративная стадия острого мастита. В этой

стадии процесс носит обратимый характер. При прогрессировании процесса воспаление переходит во флегмонозную форму с последующим расплавлением тканей и абсцедированием.

Образуются абсцессы различной величины, численности и локализации. Некротические участки ткани отделяются как секвестры. В гнойный процесс вовлекаются и молочные ходы. При тромбозе сосудов, при соединении гнилостной или анаэробной инфекции может развиваться гангренозная форма мастита.

Поверхностные абсцессы склонны прорываться наружу, глубокие могут проникать к рыхлой ретромаммарной клетчатке и после гнояного расплавления грудной фасции распространяться на плевре. Гнойный мастит обычно сопровождается регионарным лимфаденитом.

Нервно-сосудистая реакция является первой фазой развития воспалительного процесса и определяет всю картину воспаления с серозной инфильтрацией тканей. Застой молока в лактирующей железе приводит к значительному ухудшению процесса. Чем вирулентнее проникшая инфекция, тем сильнее раздражение, тем быстрее она ведет к развитию гнояного процесса в толще самой молочной железы. В большинстве же случаев при мастите отмечается образование одного или нескольких, чаще соединенных между собой абсцессов.

При расположении абсцесса в дольках на задней поверхности железы он может вскрыться в клетчаточное пространство позади ее и тогда образуется редкая форма - *ретромаммарный абсцесс* (рис 1). В связи с большим объемом железистой ткани молочной железы гнойный процесс в ней развивается во всем его многообразии и тяжести, характерных для железистых органов.

Особенностями гнояного процесса в железистых органах является слабо выраженная способность их к отграничению и почти безудержное распространение с вовлечением в воспаление все большего количества железистой ткани. Это распространение нередко не останавливается и при радикальном вскрытии очага, после которого образуются все новые и новые абсцессы в паренхиме железы.

У некоторых больных железа сразу оказывается как бы инфильтрированной большим количеством мелких гнояников, т.е. развивается гнояная инфильтрация паренхимы железы, которая превращается как бы в губку, наполненную гноем. Это обычно быстро приводит к некрозу пораженных участков железы и образованию больших секвестров, которые постепенно отграничиваются от непораженных сегментов. Описанные патологоанатомические формы процесса встречаются относительно редко. Еще реже наблюдается гнилостное поражение молочной железы, сопровождающееся общей септической реакцией. Такие формы могут быстро привести к гибели больной, если не будет произведено раннее

и радикальное вмешательство (широкое вскрытие или, в особо тяжелых случаях, ампутация железы) и настойчивая антибиотикотерапия.

Клиническая картина.

Заболевание начинается спустя 2-4 недели после родов.

В клинической картине мастита выделяют следующие фазы (развития пат. процесса):

- 1) серозная начальная фаза развития мастита;
- 2) острая инфильтративная фаза;
- 3) фаза абсцедирования;
- 4) флегмонозная фаза;
- 5) гангренозная фаза развития мастита.

В зависимости от локализации:

1. Поверхностный премаммарный и субреолярный.
2. Интрамаммарный – паренхиматозные и интерстициальные.
3. Ретромаммарные.
4. Панмастит.

Для каждой фазы характерна особая клиническая картина. Рациональным лечением в большинстве случаев удается оборвать течение мастита на той фазе его развития, с которой госпитализирована больная и при которой начато лечение. Однако у некоторого числа больных это не удается, и тогда развивается следующая фаза процесса.

Больные с серозной фазой лактационного мастита, которая является начальной фазой, обычно остаются под наблюдением акушеров родильных домов или лечатся в женских консультациях и в хирургических кабинетах поликлиник, поэтому в хирургические отделения почти не поступают.

Клиническая картина различных фаз мастита имеет свои особенности.

Серозная начальная фаза мастита характеризуется появлением болей в молочной железе, повышением температуры до 39,5-39°. При кормлении ребенок менее охотно сосет больную железу. Во время осмотра отмечается едва заметное увеличение ее при полном сохранении контуров. Кожа имеет обычный вид. Только при сравнительной пальпации можно отметить несколько большую упругость и диффузную болезненность пораженной железы по сравнению со здоровой. Больные в этой фазе процесса обычно в стационар не поступают. В этой фазе особенно опасен застой молока, который приводит к венозному застою и содействует быстрому переходу мастита во вторую фазу.

Прекращение кормления или сцеживания молока из заболевшей железы способствует бурному развитию гнойного мастита. При запаздывании или неправильности лечения процесс прогрессирует и переходит в острую инфильтративную фазу. Появляются ознобы, в железе образуется резко болезненный инфильтрат с неясными границами, вся железа значительно увеличивается, кожа над ней краснеет. СОЭ ускоряется до 30-40 мм в час, лейкоцитоз нарастает до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$. Усиливается чувство напряжения и боли в пораженной железе, появляются головные боли, бессонница, слабость, больные теряют аппетит. Подмышечные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. При осторожной, но тщательной пальпации инфильтрата обычно не удается отметить очагов размягчения его, флюктуации.

Абсцедирующая фаза мастита развивается в тех случаях, когда общая и местная терапия не останавливают процесса на фазе инфильтрата и не способствуют его обратному развитию. При этом наблюдается нарастание всех клинических явлений: СОЭ достигает 50-60 мм/ч, лейкоцитоз поднимается до $15-16 \cdot 10^9/\text{л}$, озноб усиливается, температура повышается до $39-40^\circ$. Отмечается резкое покраснение кожи молочной железы и расширение подкожной венозной сети, регионарные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. Инфильтрат железы отграничивается и легко пальпируется. При нагноении в области инфильтрата отмечается флюктуация.

Флегмонозная фаза мастита характеризуется резким ухудшением общего состояния, повышением температуры до $38-40^\circ$, повторными ознобами, нередко сопровождается септическими явлениями, язык и губы сухие, больные жалуются на бессонницу, головные боли, отсутствие аппетита. Кожные покровы бледны, молочная железа увеличена, пастозна, кожа на ней гиперемирована, блестяща, иногда с цианотичным оттенком, при надавливании образуется ямка. Отмечаются резкое расширение подкожных вен и нередко явления лимфангоита. Сосок чаще втянут. В процесс вовлекается вся или большая часть железы. При пальпации определяется пастозность и участки флюктуации в нескольких местах. Лейкоцитоз повышается до $17-20 \cdot 10^9/\text{л}$. СОЭ ускоряется до 60-75 мм в час. В лейкоцитарной формуле имеется сдвиг влево с наличием эозинофилии и лимфопении. В моче 0,6-0,9 г белка, лейкоцитов 40-50 в поле зрения, эритроцитов 10-15 и единичные зернистые и гиалиновые цилиндры.

Гангренозная фаза мастита наблюдается обычно у больных, которые поздно обратились за медицинской помощью, или же в результате развития тромбоза и застоя в сосудах молочной железы, или при длительном лечении в поликлиниках без учета ухудшения общего состояния и распространения процесса. Это приводит часто к распространению воспаления и к развитию следующей более тяжелой гангренозной фазы мастита. Больные поступают в

крайне тяжелом состоянии. Температура повышается до 40-40,5°. Пульс 110-120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык и губы сухие, кожные покровы бледные. Больные жалуются на общую слабость, общее недомогание и головные боли, отсутствие аппетита и плохой сон. Молочная железа увеличена, отечна, болезненна, пастозна. Кожа бледно-зеленого и сине-багрового цвета, местами покрыта пузырями, на некоторых участках - некроз кожи. Сосок втянут, молоко отсутствует, причем часто и в здоровой молочной железе. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Лейкоцитоз до 20-25*10⁹/л, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ ускорена до 60-70 мм в час. Артериальное давление понижается. В моче до 0,9 г белка, лейкоциты, эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

Профилактика.

Профилактика маститов в основном сводится к предупреждению образования трещин и эскориаций сосков, которые появляются обычно в первые 2-3 недели послеродового периода, и к лечению их, если они образовались.

Правильная подготовка молочной железы и сосков к кормлению ребенка обычно предупреждает развитие травмы и эскориаций сосков. Об этом должны предупредить беременную в женской консультации при первом обращении. В первую очередь необходимы общегигиенические процедуры. Рекомендуются ежедневно обтирать молочные железы водой температуры 18-20° с мылом и последующим вытиранием полотенцем.

Для предупреждения сдавления молочных желез и застоя в них необходимо по мере их увеличения с развитием беременности увеличить размеры лифчиков и не допускать отвисания желез. Со второй половины беременности показаны воздушные ванны: женщины должны ежедневно лежать на кровати с открытой грудью в течение 15-20 минут. Для улучшения общего состояния организма и повышения резистентности его к инфекции рекомендуется в последние 2 месяца беременности через 1-2 дня общее облучение ультрафиолетовыми лучами. Очень большое значение имеет рациональное питание с обильным количеством витаминов.

При наличии плоских и втянутых сосков необходима особая подготовка их в виде потягивания чисто вымытыми руками. Вначале акушерка в консультации обучает этому беременную, которая затем производит вытягивание сосков самостоятельно.

При жирной коже рекомендуется обмывать молочную железу детским мылом, а при выраженной сухости кожи соска смазывать его стерильным вазелиновым маслом.

После родов трещины сосков возникают обычно в связи с нерациональным питанием, недостаточностью витаминов, при несоблюдении общегигиенических мероприятий, неправильном уходе за сосками, нарушении методики кормления и грубом сцеживании молока руками.

Для профилактики трещин сосков при кормлении ребенка следует ежедневно обмывать молочные железы водой с детским мылом и вытирать специальным полотенцем. Очень важное значение имеет частая смена белья и особая пунктуальность в соблюдении гигиены рук.

Важно строго соблюдать правила кормления ребенка: мать должна сидеть (с 5-6-го дня после родов), подложив под спину подушку, ребенок должен захватывать не только весь сосок, но и большую часть околососкового кружка.

При появлении трещин соска следует учитывать, что они всегда сопровождаются более или менее выраженной воспалительной реакцией, которая поддерживается постоянно повторяющимся раздражением во время кормления и бактериальной, а иногда и дрожжевой инфекцией. При наличии трещин сосков при кормлении ребенка можно пользоваться накладкой с широким основанием. Соски рекомендуется обрабатывать одним из следующих способов:

1. Перед каждым кормлением сосок и околососковый кружок протирают комочком чистой ваты или марли, смоченным в 1% растворе нашатырного спирта и высушивают прикладыванием (но не протиранием) к нему сухой ваты; после такой подготовки ребенку дают грудь. После кормления сосок вновь протирают и высушивают, как перед кормлением; после этого женщина с открытой грудью принимает лежачую воздушную ванну в течение 15-20 минут.

2. До кормления сосок не обрабатывают, но после каждого кормления смазывают 1% раствором метиленового синего в 60° спирте, затем женщина лежит с открытой грудью в течение 15-20 минут (воздушная ванна).

При дрожжевом дерматите сосков рекомендуется смазывать трещины и окружающую кожу 2% водным раствором пиоктанина или генцианвиолета; в упорных случаях необходимо проверить баланс витаминов и при недостатке того или иного из них назначить прием соответствующего препарата (особенно витамина С).

При трещинах сосков необходимо носить лифчики - это одно из важных лечебно-профилактических мероприятий.

Соблюдение чистоты всего тела, частая смена нательного и постельного белья, короткая стрижка ногтей, ежедневные обмывания молочных желез - важнейшие гигиенические мероприятия при трещинах сосков.

Лечение.

Лечение следует начинать при появлении первых симптомов и жалоб на боли в молочной железе, неудобство, неприятные ощущения, набухание железы и пр. Отсутствие объективных данных в этих случаях не должно

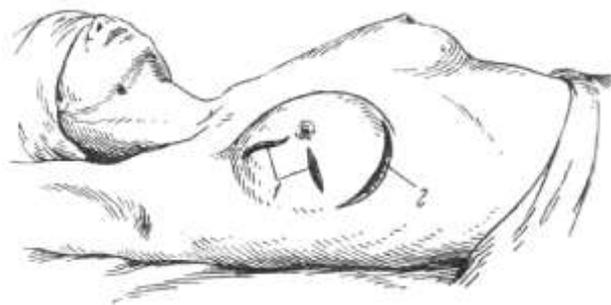


Рис. 2. Разрезы при мастите.

1 - разрез при интрамамманном гнойнике с верхней контраптертурой; 2 - овальный разрез под железой при петломмамманном гнойнике.

приводить к отказу от лечебных мероприятий.

При серозной фазе мастита следует обратить внимание на предупреждение застоя молока в железе. Обязательно кормление ребенка этой грудью или сцеживание и отсасывание молокоотсосом. Нельзя допускать возникновения венозного застоя в молочной железе. Для этого, кроме отсасывания молока, необходимо

придать ей горизонтальное положение при помощи косыночной повязки или лифчика. После этого все явления серозного мастита могут исчезнуть. В случае повышения температуры до 37° и выше продолжения болей в молочной железе следует назначить лечение сульфаниламидами (по 1 г 4-5 раз в день), внутримышечно пенициллин по 200000 ЕД 4 раза в сутки. Хорошее влияние оказывает пенициллин-новокаиновая блокада. При помощи шприца и длинной иглы в ретромамманное пространство вводят 150-200 мл 0,25% или 0,5% раствора новокаина с пенициллином (200000-300000 ЕД). При своевременном лечении серозная фаза мастита может быть ликвидирована и воспалительный процесс подвергается обратному развитию. При запоздавшем или неправильном лечении процесс переходит в следующую фазу.

Своевременным и правильным лечением в фазе острой инфильтрации удается остановить процесс и добиться его обратного развития у довольно большого процента больных. Для ликвидации процесса в этой стадии следует применять пенициллин по 200000 ЕД 4 раза в сутки, физиотерапию (кварц, соллюкс, УВЧ и т.д.), пенициллино-новокаиновую блокаду. Нельзя допускать застоя молока в молочной железе и прекращения кормления этой грудью. При недостаточном освобождении молочной железы путем кормления необходимо сцеживать или отсасывать молоко молокоотсосом.

подавляющему большинству больных при абсцедирующей фазе показано хирургическое лечение. При тяжелом общем состоянии следует производить операцию тут же при поступлении в стационар под местной анестезией или под в/в наркозом. Разрез длиной 7-10 см производят в месте флюктуации или наибольшей болезненности в радиарном направлении, не доходя до околососкового кружка или же на 2-3 см отступя от соска. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и вскрывают полость гнойника. Введенным в полость гнойника пальцем следует разделить все имеющиеся

тяги 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 (рис. 2). При затруднении опорожнения гнойника из одного разреза надо сделать второй радиарный разрез - противоотверстие. После освобождения от гноя в полость следует ввести резиновый дренаж.

В послеоперационном периоде лечение необходимо проводить по фазам: в фазе гидратации применяют повязки с 10% раствором поваренной соли, в фазе дегидратации - мазевые повязки (эмульсия синтомицина, мазь Вишневского и др.). Наряду с этим необходимо общее лечение (пенициллинотерапия, внутривенное введение глюкозы и физиологического раствора, переливание крови). Применяют и физиотерапевтические методы (кварц, соллюкс, УВЧ и др.). При перевязках повязку на железу нужно накладывать таким образом, чтобы не создавать венозного застоя и оставлять открытым сосок для кормления ребенка или регулярного отсасывания молокоотсосом.

Лечение больных флегмонозной и гангренозной фазой мастита заключается в срочном оперативном вмешательстве сразу же при поступлении в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Надо стремиться вскрыть гнойник одним или 2 широкими разрезами 8-10 см длиной в радиарном направлении, как и при гнойной фазе мастита. 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 рационален овальный разрез под железой (рис. 2), для чего последнюю приподнимают кверху.

Лечение больных флегмонозной и гангренозной фазой требует особого внимания и общих мероприятий с первых же дней поступления в стационар: применения больших доз пенициллина, повторных переливаний крови, внутривенных вливаний глюкозы и физиологического раствора, сердечных средств, обильного питья, высококалорийной легкоусвояемой диеты и других мероприятий, направленных на борьбу с токсикозом. Местно на раны так же, как и при абсцедирующем мастите, следует применять лечение в зависимости от фазы раневого процесса.

Осложнения.

При гнойном мастите могут развиваться следующие осложнения: 1) кровотечение в связи с аррозией сосудов железы гнойным процессом, однако оно происходит редко, так как сосуды области поражения железы тромбируются; эти кровотечения успешно останавливают тампонадой полости гнойника; 2) сепсис; раньше он встречался чаще при флегмонозных и гангренозных маститах; в настоящее время в связи с антибиотикотерапией

и ранним лечением это осложнение наблюдается исключительно редко; лечат таких больных по общим правилам.

Прогноз.

Прогноз при своевременной диагностике гнойного мастита и своевременном начале лечения с применением антибиотиков, а в показанных случаях - оперативного вмешательства благоприятный, однако после обширных деструктивных процессов в паренхиме железы (обширные абсцессы, флегмоны, гангрена) функция ее значительно страдает.

По данным последних лет, смертельные исходы наблюдаются только при развитии сепсиса у больных с флегмонозными и гангренозными формами мастита. В среднем при всех формах гнойного мастита летальность колеблется от 0,05 до 0,2%.

Список использованной литературы:

1. Частная хирургия (учебник) под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, 1990 год.
2. Хирургия, руководство для врачей и студентов. Геозтар Медицина, 1997г. перевод с английского под редакцией Ю.М. Лопухина и В.С. Савельева;