

Мастит

Мастит – это воспаление грудной железы, обусловленное хирургической инфекцией.

Болезнь в подавляющем большинстве случаев встречается у женщин после первых родов (до 15% рожениц), при этом около 90% гнойных воспалений молочной железы встречается в послеродовом периоде; 5% во время беременности и 5% у небеременных. Немного чаще поражается правая молочная железа, редко обе железы. У мужчин это заболевание встречается крайне редко.

Этиология. Примерно в 80% случаев возбудителем заболевания является золотистый стафилококк.

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.

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.

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).

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.

Выделяют клинические формы мастита:

1. Серозный.
2. Инфильтративный.
3. Абсцедирующий.
4. Флегмонозный.
5. Гангренозный.
6. Хронический инфильтративный мастит

В зависимости от локализации:

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

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

Клиническая картина.

Заболевание начинается спустя 2-4 недели после родов.

1. Серозная форма: общее состояние средней тяжести, познабливание или озноб, повышение температуры (до 37,5° - 38° С), слабость, разбитость, боли в мышцах, суставах, голенице, повышенная потливость, плохой аппетит. Местно: молочная железа увеличена, отечна, напряжена, кожа гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация железы резко болезненна.

2. При инфильтративной форме пальпаторно в увеличенной железе опреде-

ляется плотный один или множественные инфильтраты. Температура достигает 38° - 38,5° С. Лейкоцитоз.

3. Абсцедирующая форма. Имеет место нарастание симптомов интоксикации. Общее состояние средней тяжести или тяжелое. Выраженная общая слабость, лихорадка, боли в молочной железе, выраженная потливость. Кожа бледная с иктеричным оттенком. Грудная железа увеличена, резко болезненна, в области инфильтратов нередко флюктуация в центре. Температура гектическая, высокий лейкоцитоз, СОЭ.

4. Флегмонозная форма. Состояние тяжелое или крайне тяжелое. Температура гектическая, повторные ознобы в течение суток. Выраженные симптомы токсикоза. Грудная железа резко увеличена, кожа гиперемирована, отечна. Определяются множественные инфильтраты с очагами флюктуации, регионарный лимфаденит. Высокий лейкоцитоз, СОЭ.

5. Гангренозная форма мастита протекает как правило очень тяжело, являясь причиной сепсиса.

6. Хронический инфильтративный мастит выраженных расстройств здоровья не вызывает, протекает чаще в виде местной формы.

Профилактика мастита

1. Диспансеризация всех беременных женщин, наблюдение за течением беременности, санация очагов инфекции.
2. Подготовка грудной железы и соска к кормлению.
3. Правильная методика кормления с обязательным сцеживанием молока.
4. Туалет железы и соска до и после кормления.
5. Стимуляция механизмов естественной резистентности организма женщин перед беременностью и родами.

Лечение мастита

В *серозную* стадию – консервативное.

1. Поддерживающие повязки, разгрузка грудной железы от застоя молока.
2. Тепловые воздействия – компрессы, УВЧ, ультразвук, массаж.
3. Профилактическое назначение антисептиков, нитрофуранов, сульфаниламидных препаратов.

В *инфильтративную* стадию показано назначение антибиотиков, как парентально, так и местно в виде короткого новокаинового блока вместе с антибиотиками.

Задача в серозно-инфильтративную стадию добиться обратного развития

процесса.

При переходе в *гнойно-некротическую* форму показано **оперативное лечение**.

При *абсцедировании* показана срочная операция под общим обезболиванием – вскрытие абсцессов радиарными разрезами. При ретромаммарном мастите разрез полулунный. Далее иссечение инфильтрата и некротических тканей, ревизия полости гнойника пальцем, санация и дренирование гнойника трубчатыми дренажами.

Общее лечение: антибиотики, антисептики, интенсивная дезинтоксикационная терапия, стимуляция механизмов резистентности.

При *флегмонозной* форме показана предоперационная кратковременная интенсивная подготовка. Операция с выполнением множественных разрезов и контрапертур. Более интенсивное общее лечение с включением экстракарпоральных методов детоксикации.

При *гангренозной* форме – ампутация молочной железы после интенсивной предоперационной подготовки на фоне лечения сепсиса