

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

Зав. Кафедрой: ДМН. Доцент
Базина М.И.

Реферат
Послеродовый мастит

Выполнил: клинический ординатор Петров И.С.

Красноярск 2018

Мастит - это воспаление молочной железы, возникающее в ответ на действие болезнетворных факторов и характеризующееся патологическими изменениями как в тканях, так и в секрете молочной железы.

К болезнетворным факторам, вызывающим мастит, как правило, относится патогенная и условно патогенная бактериальная флора, попадающая в молочную железу лимфогенным путем - через трещины сосков и галактоформным путем - через молочные ходы. Наблюдающийся при этом лактостаз способствует развитию воспалительного процесса. Маститы гематогенного происхождения - в настоящее время явление достаточно редкое.

Предрасполагающими факторами в возникновении мастита являются:

- анемия беременных,
- аллергия,
- поздний гестоз беременных,
- обменные заболевания (диабет, тиреотоксикоз, ожирение),
- мастопатия,
- мастит после предыдущих родов,
- бесплодие,
- пиелонефрит беременных,
- кольпит,
- бартолинит,
- симфизит,
- пиодермия (фурункулез),
- ОВРИ,
- преждевременные роды,
- переносимая беременность,
- кесарево сечение,
- акушерские щипцы,
- ручное вхождение в полость матки,

- расхождение швов (промежности или после кесарева сечения),
- послеродовый эндометрит,
- сепсис,
- прочие (длительный безводный промежуток, затянувшиеся роды, нарушение менструального цикла и хронический аднексит в анамнезе).

Эти осложнения у беременных, рожениц и родильниц являются неблагоприятным фоном для развития в послеродовом периоде инфекционных заболеваний.

В большинстве случаев мастит начинается в первые 3-4 дня после родов, но чаще на 2-3 неделе после родов. Важное значение в возникновении и развитии маститов имеют микроорганизмы. В подавляющем большинстве случаев бактерии или служат непосредственными возбудителями мастита, либо осложняют его течение. Наиболее часто при маститах выявляют госпитальные штаммы золотистого стафилококка, эпидермальный стафилококк, выявляемый у здоровых женщин, которые часто являются носителями.

Особое место в эпидемиологии послеродового мастита принадлежит новорожденным. Исследования микрофлоры носоглотки новорожденных показали, что патогенный стафилококк высевается в 1-й день после родов у 10-15%, на 3-4 дни - у 70-75%, а при выписке - более чем у 90% детей. Таким образом, роженицы и, главное, их новорожденные уходят из отделения на высоте обсеменения госпитальными штаммами бактерий. К этому времени процесс, становления лактации, как функции, находится в полном разгаре, и уязвимость молочной железы особенно высока. Неудивительно, что заболевание маститом чаще всего начинается с этого периода и вызывают его вынесенные из стационара госпитальные штаммы стафилококка, до 12 и более месяцев сохраняющиеся вне стационара. Особенно долго сохраняются госпитальные стафилококки в носоглотке новорожденных. Это является главным источником инфекции в семье родившей женщины, где первой опасности подвергается сама женщина.

Клинические проявления

Почти в 100% случаев воспаление начинается односторонне, преимущественно в наружном квадранте молочной железы с общими и местными симптомами. Температура тела внезапно повышается до 38-39 градусов, с ознобом. При двухчасовом измерении отмечается волнообразное повышение температуры тела, с тенденцией к резкому снижению при опорожнении молочной железы, которое быстро делается затруднительным. Появляются боли в молочной железе при кормлении и сцеживании, затруднение при выведении молока. К местным проявлениям воспаления присоединяются явления общего недомогания (головная боль, слабость, тошнота, чувство разбитости).

Заболевшая молочная железа увеличивается в объеме, напряжена, на коже - участки гиперемии, соответствующие очагу воспаления. В этом месте начинает выявляться инфильтрат. Инфильтрат в начальной стадии воспаления не имеет четких контуров, не смещается из-за отека окружающей ткани. Отток молока затруднен, ребенок при кормлении отказывается брать грудь, прикусывает сосок, чтобы облегчить сосание. От энергичного засасывания соска образуются трещины. Сцеживание не приносит облегчения, наоборот, усиливает явления воспаления. Обычно общие явления воспаления предшествуют местным.

Картина периферической крови при серозном мастите характеризуется значительным увеличением СОЭ, умеренно выраженным лейкоцитозом, эозинофилией, увеличением количества юных, палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, лимфопенией и моноцитопенией. Иногда характерные гематологические признаки отсутствуют. По данным Г. А. Ильиной и соавт. (1973), наблюдается умеренное повышение содержания IgG, а также Ig A и Ig M. Ко времени клинического выздоровления содержание всех фракций иммуноглобулинов снижается, но остается значительно выше нормы.

Внимание! При появлении первых признаков мастита не следует спешить с отнятием ребенка от груди, так как хорошее отсасывание молока из груди может только способствовать обратному развитию воспалительного процесса. Местно показано: высокое подбинтовывание груди, приподнятое положение груди после кормления. Может быть употреблен холод к груди на 30-40 минут с перерывом в 2-3 часа.

Не рекомендуется:

Массаж груди

Тепловые и спиртовые компрессы на грудь

Интенсивное сцеживание и попытки разогнать инфильтрат в груди руками

Необходимо срочно обратиться к врачу!

При запоздалом лечении или его неэффективности серозная стадия мастита переходит через 1-3 дня в инфильтративную. При этом в железе определяется плотный инфильтрат, болезненный при пальпации. Если воспалительный процесс прогрессирует, через 5-10 дней инфильтративный мастит переходит в стадию нагноения. Клинически это проявляется гектической температурой с ознобами и резким ухудшением общего состояния больной. В молочной железе отмечается локальная болезненность в области инфильтрата, который, при увеличившейся плотности, имеет участок размягчения. Кожа груди в этом месте ярко гиперемирована. Считается, что повышение температуры при мастите является показателем активности процесса. Если высокая температура не падает к 3 дню воспаления, то следует ожидать появления гноя с характерной флюктуацией при пальпации пораженного участка молочной железы.

Особенности клинического проявления

Особенностью клинического течения современного мастита является возрастание частоты легких, стертых и abortивных форм заболевания, что является следствием широкого использования антибиотиков, а также

способностью микробов изменять свои свойства в течение инфекционного процесса.

При стертых формах мастита наблюдается несоответствие между состоянием и самочувствием больной и истинным характером заболевания: его тяжестью и течением. Патологический процесс оказывается более распространенным, характер морфологических изменений значительнее, чем это можно было бы предположить на основании клинической картины. Нередко можно обнаружить несоответствие между клинической картиной и гемограммой. На фоне относительного благополучия обращает на себя внимание высокая СОЭ, анэозинофилия, нейтрофилез со значительным сдвигом влево и т. д..

Кроме этого существуют клинические разновидности послеродового мастита, отличающиеся крайне агрессивным, "злокачественным" течением как местных, так и общих процессов, являющихся проявлением общей гнойной септической инфекции.

Возможно:

- "литическое" течение мастита, когда местная воспалительная реакция характеризуется развитием некроза, склонного к неукротимому распространению и расплавлению железистой ткани, подкожной клетчатки, кожи. В конечном итоге воспалительный процесс с некротическими проявлениями захватывает всю железу с образованием обширных, вялогранулирующих ран грудной стенки, без признаков краевой эпителизации или рубцевания. Подобные формы мастита имеют склонность к учащению.

- течение с гнойным мигрирующим воспалением молочных желез, при котором наблюдаются множественные очаги нагноения, но клинические признаки гнойного воспаления проявляют себя лишь в одном из очагов, остальные как бы маскируются, хотя представляют собой уже гнойные полости, что обнаруживается при пункции железы. Латентное течение одного из очагов на фоне другого и быстрый переход одной стадии в другую

приводят к "стафилококковой деструкции молочной железы" при преобладании инфильтративно-гнойного мастита типа "пчелиных сот", склонного к быстрому переходу в септический процесс.

- течение гнойного послеродового мастита, осложненного вторичным инфицированием раны, главным образом анаэробной микрофлорой (в частности, протеом), характеризуется образованием так называемых "ползучих" инфильтратов, которые быстро распространяются на здоровые участки железы вызывая переход воспаления из инфильтративно-гнойного во флегмонозную форму мастита. Гнойное отделяемое из послеоперационных ран в таких случаях имеет своеобразный неприятный запах.

При вторичном инфицировании ран анаэробной микрофлорой гнойный мастит приобретает упорное рецидивирующее течение. Терапия в этих случаях значительно затрудняется, в частности, из-за снижения реактивности организма, усиливающейся аллергизацией его, потерей чувствительности к антибиотикам. Приходится подбирать антибиотик резерва, включать в комплекс лечения множество дорогостоящих препаратов и, несмотря на это, пребывание таких больных в стационаре задерживается надолго из-за септических осложнений.

К сожалению, таких форм становится в последние годы все больше. Если в 50-е годы были описаны лишь единичные случаи сепсиса при послеродовом мастите, то в последние годы их число неуклонно возрастает. При этом гнойное поражение захватывает обе молочные железы в 71%, а в остальных 29% имеет место тотальное расплавление одной железы, что свидетельствует о высокой вирулентности возбудителя (в 100 % первичным агентом был патогенный стафилококк).

Такое течение заболевания свидетельствует об опасности, таящейся в каждом случае заболевания послеродовым маститом. Поэтому, вопросы диагностики и лечения мастита с каждым годом приобретают все большее значение. Диагностика послеродового мастита предполагает выявление

стадии заболевания, определение его характера, что предопределяет, в конечном счете, стратегию и тактику лечения.

Выявление заболевания и определение способа и объема лечебных мероприятий тесно связано с классификацией воспаления лактирующей молочной железы, что позволяет ориентироваться в динамике процесса и в основных принципах лечебных вмешательств, соответствующих каждой конкретной стадии. Это тем более важно, так как мастит не представляет собой единой нозологической единицы в строгом смысле этого слова.

Классификация мастита

Существуют различные классификации послеродового мастита. В отечественном акушерстве наибольшее распространение нашла классификация маститов, предложенная в 1975 г. Б. Л. Гуртовым:

1. серозный (начинающийся) мастит
2. инфильтративный
3. гнойный:
4. инфильтративно - гнойный (диффузный - с пропитыванием тканей гноем (наподобие пчелиных сот) без явного абсцедирования, узловой - с образованием небольшого округлого изолированного инфильтрата, нагноение которого задерживается на ранней стадии по ряду причин, прежде всего, под влиянием проводимого лечения и должной сопротивляемости организма.)
5. абсцедирующий (фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, ретромаммарный абсцесс - позади железы)
6. флегмонозный: гнойно-некротический
7. гангренозный

Диагностика

Диагностика лактационного мастита, как такового, в большинстве случаев трудности не представляет. Затруднения могут возникнуть в начале заболевания, а также при стертых формах мастита, когда заболевание

нередко протекает без выраженных симптомов, при отсутствии характерных гематологических сдвигов.

Лечение мастита

Послеродовой мастит является воспалительным процессом, протекающим по всем законам острого инфекционного заболевания. Вовлекаемая в воспаление лактирующая молочная железа служит хорошим источником питания бактерий и кумуляции воспаления. Поэтому, лактационный мастит - воспаление очень динамичное в своем течении. В этом одно из объяснений, почему так часто мастит переходит в гнойную стадию, которая является завершающим, деструктивным звеном в цепи воспалительных изменений пораженного участка железы. Учитывая это в лечении послеродового мастита первое место необходимо уделять негнойным стадиям процесса - серозному и инфильтративному маститу и, прежде всего, лактостазу, который по данным УЗИ является главной особенностью послеродового мастита и его обязательным элементом.

При лечении гнойных стадий мастита некоторые авторы рекомендуют лактацию прекратить на том основании, что само воспаление способствует понижению лактационной функции настолько, что сохранение ее в первоначальном смысле теряется и опасность матери ничем не компенсируется, другие считают возможным ее сохранение. К сожалению в этом вопросе до настоящего времени нет единства взглядов.

Общепринятым считается подавление лактации при гнойном мастите с обширными ранами и очагами гнойной деструкции, особенно при оперативных вмешательствах в ареолярной (цистернальной) зоне железы. В таких случаях рекомендуется лактацию немедленно прекратить, т.к. в ряде случаев сохранение лактации может приводить к образованию молочных свищей.

Оптимальная техника регуляции лактации даже при измененном иммунном статусе женщины может предупредить возникновение постлактационных опухолей гранулематозного типа.

Принципиально лечение мастита делится на консервативное и оперативное.

Эффективность консервативного лечения зависит, в первую очередь, от ранней диагностики и своевременного лечения. Терапия послеродового мастита, как и любого острого воспалительного заболевания, должна быть ранней, комплексной, строго регламентированной, целенаправленной и этиотропной. Она должна включать в себя:

- подавление бактериальной флоры

Лечение антибиотиками может быть успешным только при учете всех требований, предъявляемых к антибиотикотерапии. Отрицательным моментом нерациональной антибиотикотерапии является угнетение иммунологических реакций организма, сенсibilизация его, селекция резистентных штаммов микроорганизмов, развитие кандидомикоза. Попадая к новорожденному с молоком матери, антибиотики способствуют алергизации новорожденных, блокируют ферментные способности молока и изменяют его органолептические свойства.

Не следует обкалывать очаг воспаления! Подобные действия могут приводить к образованию множества мелких очагов, затяжному течению процесса и образованию молочных свищей.

Сульфаниламидные препараты в лечении послеродового мастита самостоятельного значения не имеют ввиду низкой эффективности. Их можно использовать лишь в сочетании с другими бактериостатическими препаратами.

- повышение иммунобиологических защитных сил организма

Послеродовой мастит характеризуется выраженным снижением специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма. Поэтому повышение резистентности к инфекции у больных маститом рассматривается многими авторами как один из важнейших компонентов комплексной терапии. С этой целью применяют стимуляторы неспецифического иммунитета. Антистафилококковый гамма-глобулин,

антистафилококковая плазма, адсорбированный стафилококковый анатоксин, по мнению многих авторов, повышают специфическую иммунологическую реактивность организма. Пентоксил и метилурацил стимулируют функциональную активность ретикулоэндотелиальной системы (РЭС) и фагозащитные свойства организма. Пармидин (продектин) способствует устранению тканевой гипоксии.

- десенсибилизацию и дезинтоксикацию организма,
- коррекцию электролитного и кислотно-щелочного баланса,
- опорожнение молочной железы.

Большинство исследователей считают рациональным в первые 2-3 дня острого воспаления использовать холод (пузырь со льдом), в последующие 2-3 дня не употреблять температурное воздействие на железу, а в дальнейшем считают оправданным местное применение тепла.

Эффективны физиопроцедуры: электрофорез с трипсином, коротковолновая диатермия и ультразвуковая кавитация, лучевая терапия, применение магнитного поля, использование аппарата пульсирующей локальной декомпрессии. Однако использовать физиолечение необходимо только в запущенных случаях. При начальных проявлениях деструкции, при серозном или инфильтративном мастите, следует избегать физиопроцедур, чтобы ограничить процесс соединительнотканного разрастания - обязательного процесса при любом воспалении.

В настоящее время считают, что ограничивать употребление жидкости, как это рекомендовалось еще недавно, не следует. Установлено, что большое количество выпитой жидкости не стимулирует, а скорее тормозит выработку молока.

Госпитализировать с маститом необходимо только по строгим витальным показаниям, т.к. госпитализация не спасает от нагноения (в другом стационаре будут другие госпитальные штаммы возбудителя гнойного мастита).

Консервативное лечение мастита показано лишь в начальной стадии. Если подозревается, а тем более выявляется нагноение - требуется срочная операция, которая является лишь составной частью комплексного лечения. Срочность операции определяется тем, что чем больше прошло времени с момента нагноения, тем более выражен деструктивный процесс, и тем чаще бывают рецидивы и септические осложнения.

Объем операции зависит от анатомо-морфологической ситуации, наблюдаемой в молочной железе. Преобладание гнойно-некротической формы обычно требует расширение объема операции: помимо вскрытия гнойника проведение секторальной резекции в пределах здоровой ткани.

Если операция сделана правильно (то есть вскрыты все гнойники) - заживление наступает в период от 14 до 60 дней послеоперационного лечения.

Послеоперационное местное лечение

- в тяжелых случаях местный капельный (на 3-6 часов) лаваж раневой полости раствором антибиотика
- использование протеолитических ферментов в комплексном лечении лактационных маститов: через 15-20 часов после вскрытия абсцесса, при первой перевязке, в полость раны засыпать порошкообразную смесь из глюкозы, хемотрипсина и антибиотика.

Опыт наложения швов подтвердил преимущество такого подхода перед открытым ведением больших ран молочной железы. С.Попкиров (1979), В. К. Константинов и соавт. (1982) получили хороший эффект при лечении гнойного мастита перевязками с аутодермопластикой. В. А. Вертьянов и соавторы (1980) успешно проводили стимуляцию репаративного процесса в ране после вскрытия гнойника коллагено-тканевым имитатором кожи (ТИК). Х. Х. Хамзанов и соавторы (1980) добивались этого же за счет иглорефлексотерапии.

Вывод

1. Острые маститы в основном (82–87 % случаев) встречаются в послеродовом периоде у кормящих женщин. Несмотря на значительные успехи профилактической медицины в борьбе с неспецифической хирургической инфекцией, лактационный мастит продолжает оставаться актуальной проблемой как в гнойной хирургии, так и в практике акушера-гинеколога.

2. Мастит развивается у 2–5 % лактирующих женщин. Точно определить причину мастита трудно. Входными воротами для бактерий чаще всего являются трещины сосков.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.