

**ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила
Канта» Минобрнауки РФ
Медицинский институт**

**Послеродовые гнойно-
септические заболевания**

**Зав. кафедрой акушерства и гинекологии
д.м.н., профессор
*Пашов Александр Иванович***

План лекции:

1. Актуальные проблемы
2. Факторы, способствующие развитию ГСЗ:
 - во время беременности
 - во время родов
 - в послеродовом периоде
3. Классификация ГСЗ по Сазонову - Бартельсу
4. Патогенез ГСЗ в современном аспекте
5. Клиническая картина по этапам ГСЗ:
 - I этап
 - II этап
 - III этап
 - IV этап
6. Послеродовый мастит, его классификация по Гуртовому Б.Л.
7. Выводы

Гнойно-септические заболевания- одна из основных причин материнской смертности

**Частота гнойно-септических
осложнений РФ составляет 18,5%
(По данным Минздравсоцразвития
РФ за 2010г.)**

СТРУКТУРА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

КРОВОТЕЧЕНИЕ

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

(ГЕСТОЗ)

СЕПСИС

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

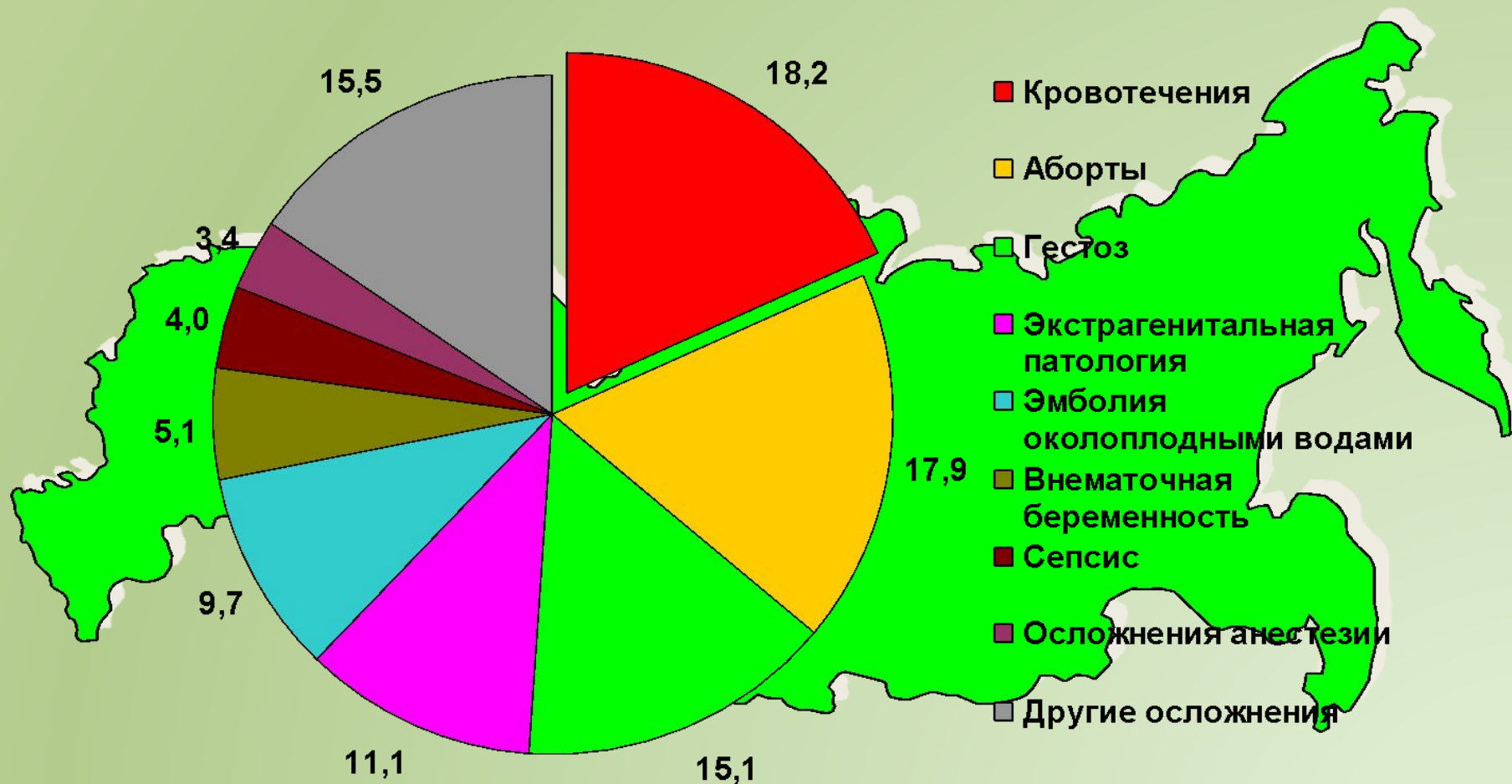
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

**ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ
ВОДАМИ**

**Экономически
слаборазвитые страны**

**Экономически
высокоразвитые страны**

СТРУКТУРА ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ (2011)



За последние **5 лет** отмечено снижение числа послеродовых гнойно-септических заболеваний обусловленное:

- **ранней выпиской из родильного стационара;**
- **совместным пребыванием матери и ребенка после родов;**
- **грудным вскармливанием по требованию ребенка (рефлекторное сокращение матки) и др.**

Классификация Сазонова - Бартельса

1-й этап – инфекция ограничена областью родовой раны

послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища,

2-й этап - инфекция распространилась за пределы области раны, но осталась локализованной
метроэндометрит, параметрит, отграниченный тромбофлебит,
сальпингоофорит, пельвиоперитонит.

3-й этап - инфекция, близкая к генерализованной
разлитой послеродовой перитонит, прогрессирующий тромбофлебит.

4-й этап - генерализованная инфекция
сепсис без метастазов, сепсис с метастазами,
септический шок.

Основные возбудители послеродовых

Аэробы

Стрептококки групп А, В
Энтерококки
Грамотрицательные бактерии
- *Escherichia coli*,
- *Klebsiella*,
- *Proteus sp.*
Staphylococcus aureus
Staphylococcus epiderm.
Gardnerella vaginalis

Анаэробы

Peptococcus sp.
Peptostreptococcus sp.
Bacteroides fragilis
Prevotella sp.
Clostridium sp.
Fusobacterium sp.
Mobiluncus sp.

Другие

Mycoplasma sp.
Chlamydia trachomatis
Neisseria gonorrhoea

Послеродовая язва.

Коды по МКБ-10:

O86 Другие послеродовые инфекции.

N71.0 Острая воспалительная болезнь.

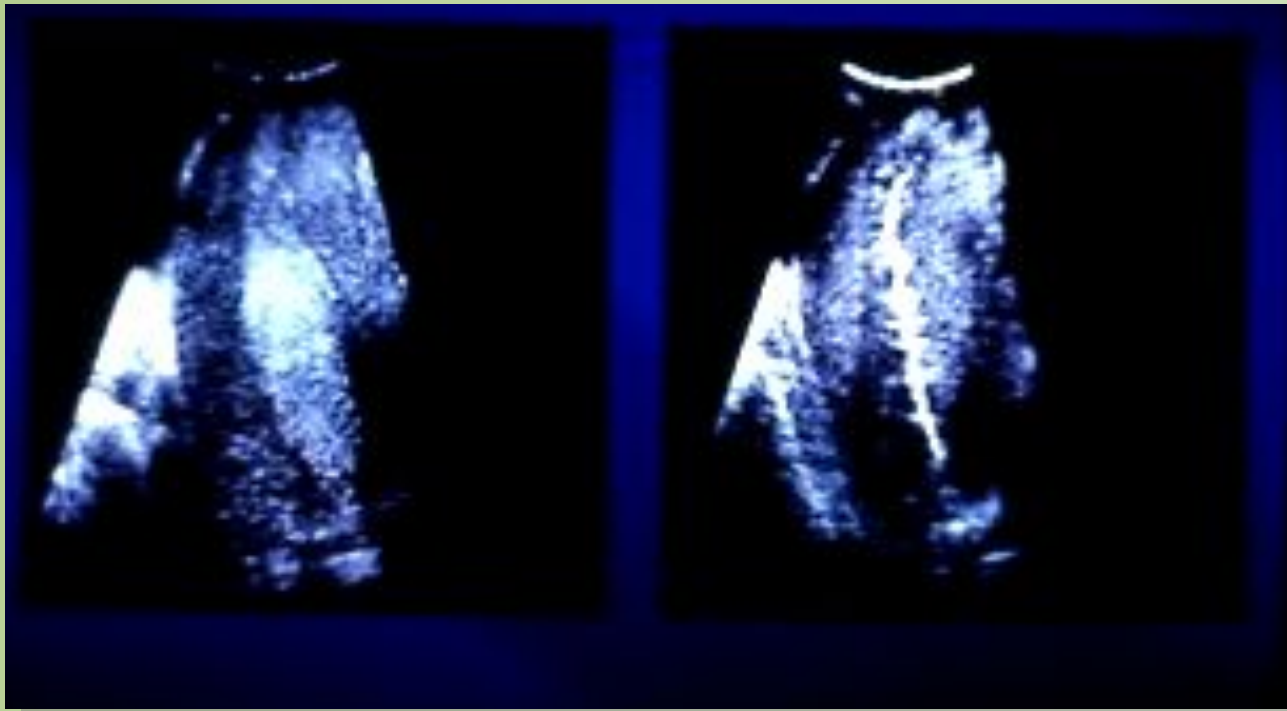
- **Входные ворота инфекции** - разрывы слизистой, разрывы влагалища, промежности, шейки матки.

Лечение:

- Удаление швов, полное раскрытие раны
- Обработка раны
 - Удаление всех некротизированных тканей
 - Обработка антисептическими растворами
 - Наложение отсроченных вторичных швов
- АБ в случае интоксикации и лихорадки.

Послеродовый эндометрит:

Послеродовый эндометрит - воспаление слизистой поверхности матки (эндометрия), возникшая после родов или кесарева сечения в результате присоединения инфекции.



Профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений

Санация очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции

Определение группы риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений

Индивидуальные родовые залы

Обеспечение контакта матери и новорожденного «кожа к коже» сразу после рождения

Грудное вскармливание по требованию

Ранняя выписка из родильного стационара

Клинические симптомы

Лихорадка

Гнойные
лохии с
запахом

Лейкоцитоз

Болезненность
матки при
пальпации

Субинволюция
матки

Хориоамнионит

**Длительный
безводный
промежуток**

**Остатки плодных
оболочек и плаценты**

**Мекониальные
воды**

**Факторы риска
послеродового
эндометрита**

**Частые
влагалищные
исследования**

Ожирение

Анемия

Кесарево сечение

Затяжные роды

Патогенез

Бактериальная контаминация

- местная вагинальная флора

Внедрение бактерий и колонизация нижнего маточного сегмента, разреза и разрывов

- влагалищные исследования
- затяжные роды
- разрез на матке

Благоприятные условия для анаэробных бактерий

- хирургическая травма
- инородное тело
- некротизированные ткани
- наличие крови и плазмы

Полимикробная пролиферация с тканевой инвазией

Эндометрит, эндомиометрит

Лабораторно-инструментальные исследования:

Повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево.

Коагулограмма: увеличенное фибриногена, снижение фибринолитической активности крови.

Бактериологическое исследование содержимого полости матки для подбора антибактериального препарата.

Срочное гистологическое исследование последа: **признаки децидуита.**

Лечение послеродового эндометрита, эндомиометрита

Местное лечение



- Удаление морфологического субстрата
- Вакуум-аспирация
- Лаваж полости матки

Общее лечение



- Антибактериальная терапия (цефалоспорины)
- метронидазол
- Дезинтоксикационная терапия
- Утеротоническая терапия
- Гемосорбция, плазмаферез

Параметрит

Послеродовой параметрит - воспаление ретроперитонеальной фиброзно-жировой клетчатки малого таза.

Причины послеродового параметрита:

Выраженная иммуносупрессия

- сахарный диабет
- туберкулез
- рак
- истощение

Параметрит

Стадии

Инфильтраци
и

Экссудаци
и

Уплотнени
е
экссудата

**Топограф
ия**

Передний, боковой (70 - 75%), задний

**Клиническ
ое течение**

Острый, хронический

Клиника острого параметрита

- Начало на 5-12-й день после родов;
- Озноб;
- Повышение температуры тела до 38-39°C и более;
- Постепенно усиливающаяся интенсивность боли внизу живота, в левой или правой подвздошной области;
- Иррадиация в крестец и поясницу;
- При влагалищном исследовании определяется болезненный неподвижный инфильтрат.

Послеродовой тромбофлебит

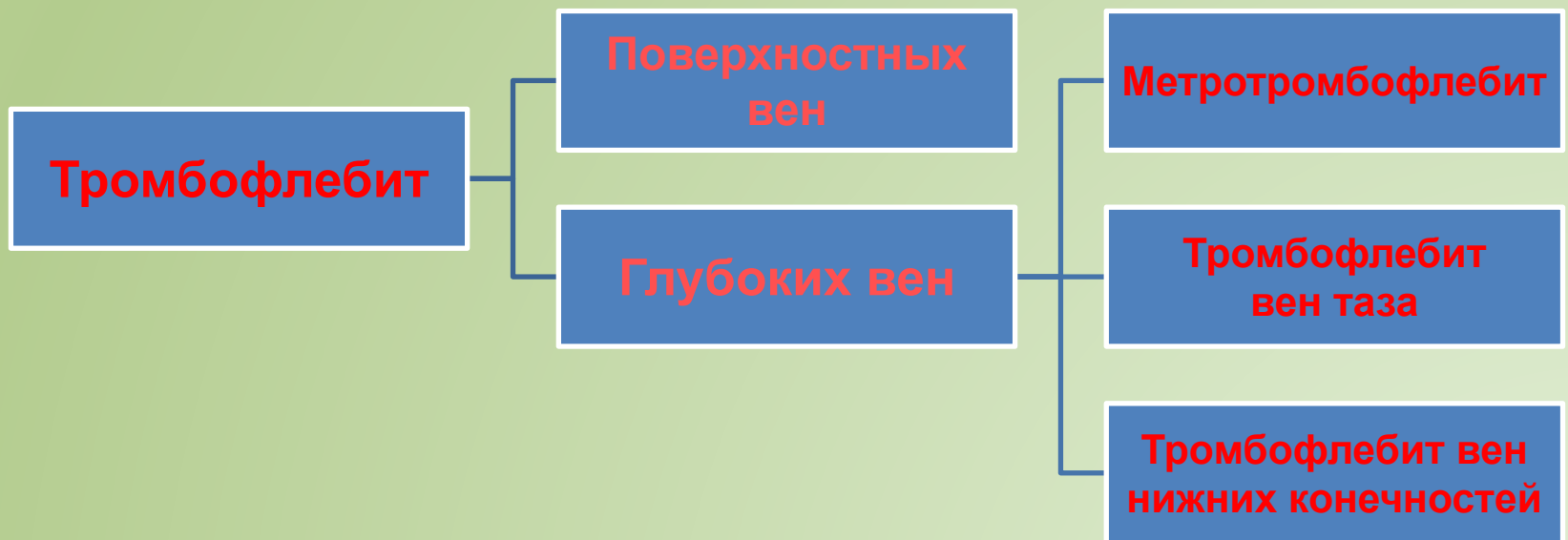
Послеродовой тромбофлебит - воспаление стенки вены, с последующим образованием тромба.

Причины:

- **Акушерские операции**
- **Постгеморрагическая анемия**
- **Послеродовой метроэндометрит**
- **Варикозная болезнь**
- **Затяжные роды**
- **Гиперкоагуляция**
- **Ожирение**
- **Преэклампсия (гестоз)**

Клинические симптомы:

- болезненность
- отек
- гиперемия
- повышение температуры



Диагностика тромбофлебита

- Осмотр;
- Пальпация;
- Определение пульсации на периферических сосудах;
- Сравнительное измерение окружности конечностей;
- Допплерометрическое исследование кровотока;
- Коагулограмма, количество тромбоцитов.



Лечение тромбофлебита

Местное лечение

- Холод;
- Троксевазиновая или гепариновая мазь;
- По показаниям – хирургическое лечение.

Общее лечение

- Антибактериальная терапия (цефалоспорины) + Метронидазол;
- Антикоагулянтная терапия (низкомолекулярные гепарины);
- Тромболитическая терапия (стрептокиназа);
- Препараты, улучшающие микроциркуляцию (ацетилсалициловая кислота, дипиридамола и др.).

Послеродовой перитонит

Послеродовой перитонит-острое
воспаление брюшины,
сопровождается тяжелыми общими
симптомами заболевания с
прогрессирующим нарушением функций
жизненно важных органов и систем,
приводящее к развитию полиорганной
недостаточности.

Коды по МКБ-10

О85 Послеродовой перитонит, послеродовой
сепсис.

Частота акушерского перитонита
после КС колеблется от **0,1% до 1,5%**.

37%-40% летальности составляют
акушерские перитониты в структуре
материнской смертности

(В. Н. Серов, 2014г.)

Классификация акушерского перитонита

Признаки	Форма и фазы развития
По динамике процесса	I фаза - реактивная II фаза - токсическая III фаза - терминальная
По клиническому течению	1. Ранний перитонит 2. Перитонит на фоне метроэндометрита 3. Перитонит на фоне несостоятельности швов
По распространённости	1. Местный (пельвиоперитонит) 2. Общий (разлитой)
По характеру экссудата	1. Серозно-фибринозный 2. Гнойный

Акушерский перитонит

I

Реактивная фаза

- лихорадка, озноб
- тахикардия
- парез кишечника
- болевой синдром
- симптомы раздражения брюшины

II

Токсическая фаза

- нарастание интоксикации
- изменение водно-электролитного баланса
- гипопроотеинемия
- лейкоцитоз
- одышка, цианоз
- возбуждение, адинамия

III

Терминальная фаза

- симптомы поражения ЦНС (заторможенность, адинамия)
- симптомы полиорганной недостаточности

Формы акушерского

Перитонита
Ранний перитонит,
возникающий в результате
инфицирования брюшины
во время операции

Перитонит,
развивающийся вследствие
длительного пареза кишечника

Перитонит,
развивающийся в результате
несостоятельности швов на матке

Диагностика.

Клинические проявления:

- **Гипертермия;**
- **Тахикардия;**
- **Болезненность матки;**
- **Парез кишечника;**
- **Рвота;**
- **Симптомы раздражения брюшины.**

Лабораторно-инструментальные исследования:

- **Микробиологические-исследование крови, отделяемого из матки и брюшной полости с количественной оценкой микробной обсеменённости и определением чувствительности к антибактериальным препаратам.**
- **Клинический анализ крови** – *лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилёз, с резко выраженным сдвигом влево, анемия, тромбоцитопения.*
- **Общий анализ мочи** - *протеинурия,*

Лабораторно-инструментальные исследования:

- **Биохимический анализ крови** -
нарушения белкового, липидного обмена, увеличение азотистых шлаков; определение С-реактивного протеина, прокальцитонина.
- **Исследование системы гемостаза** -
гиперкоагуляция, признаки коагулопатии;
- **Метаболический ацидоз, респираторный алкалоз;**
- **УЗИ.**

Лечение акушерского перитонита

Ранний перитонит

Комплексная
консервативная
терапия

Перитонит на фоне
метроэндометрита

Комплексная
консервативная
терапия +
подготовка к операции

Перитонит на фоне
несостоятельности швов

Тотальная
гистерэктомия
с трубами,
дренирование
брюшной полости

Комплексная
консервативная
терапия

+

Эфферентные методы
лечения
(геофильтрация)

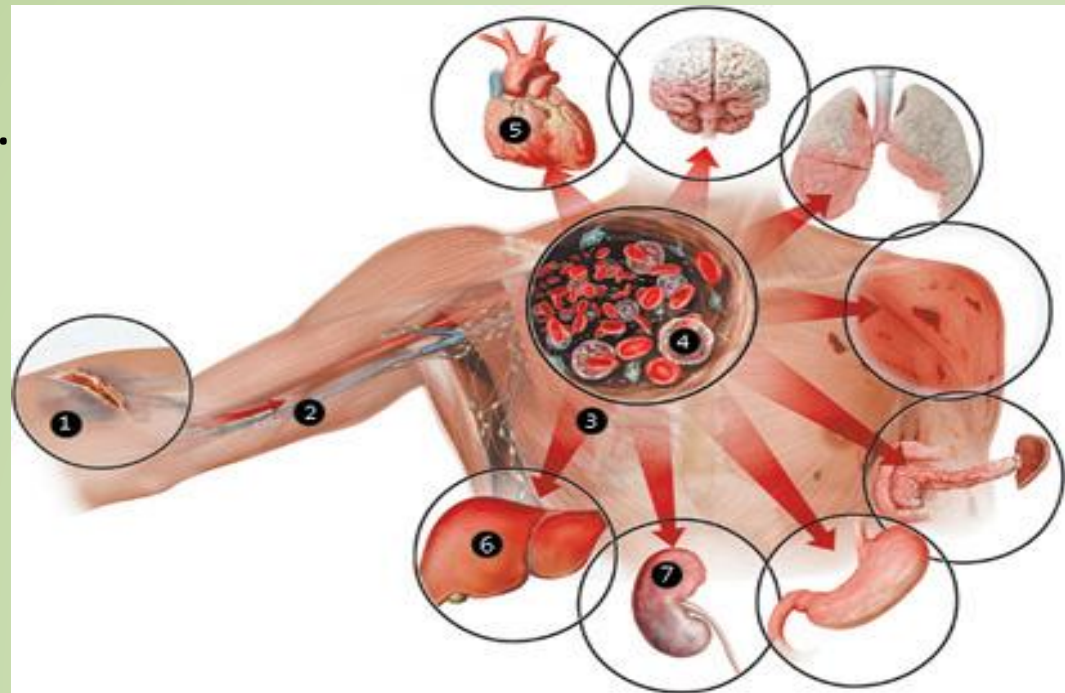
Лечение акушерского перитонита

- **Антибактериальная терапия** (по результатам посева, с учетом чувствительности патогенной флоры к АБ);
- **Инфузионно-трансфузионная терапия** (крахмал, декстраны, кристаллоиды);
- **Нормализация микроциркуляции жизненноважных органов и систем;**
- ИВЛ по показаниям;
- Эфферентные методы терапии (плазмаферез, гемосорбция и др.).

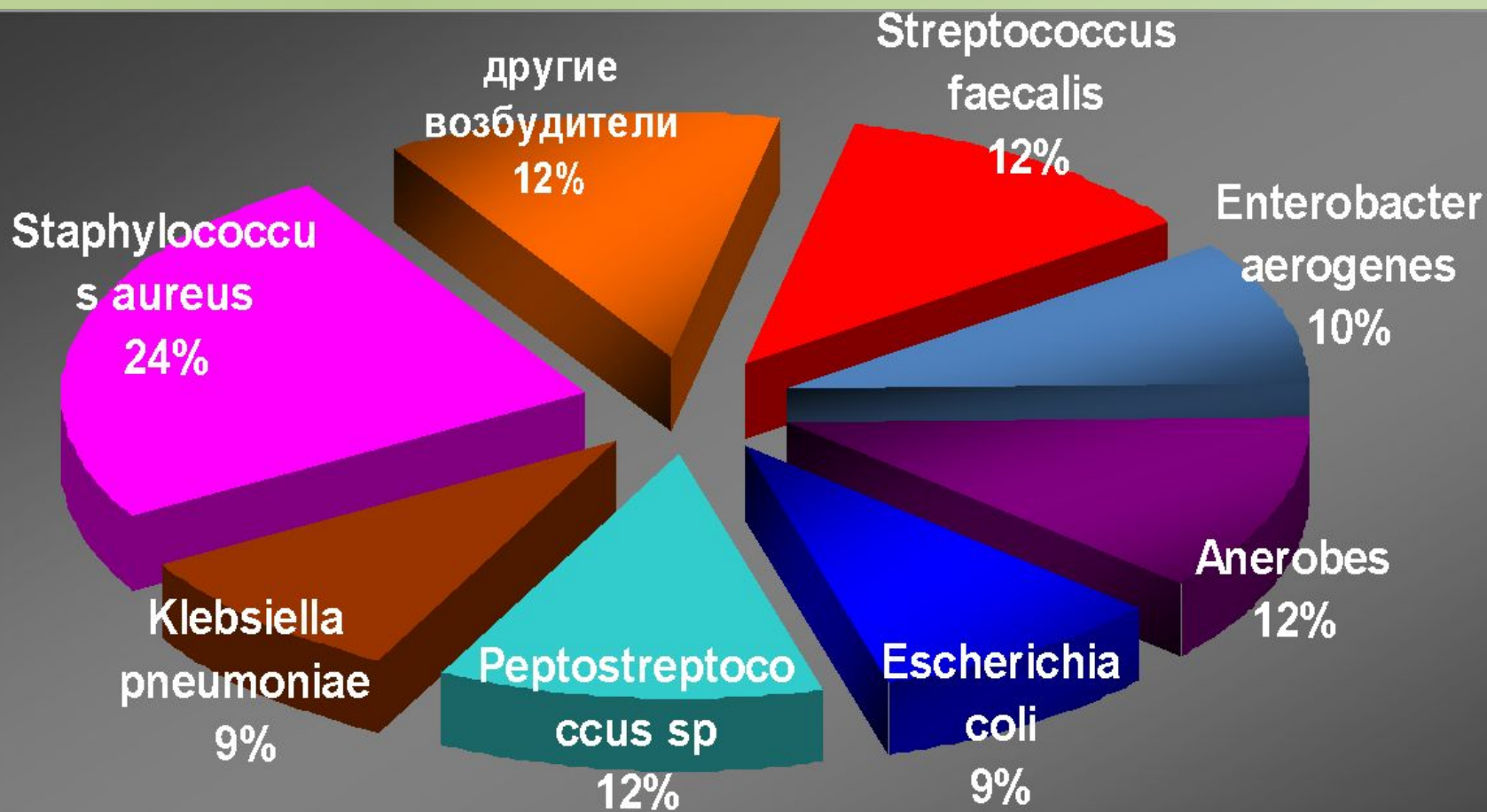
Сепсис - патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде системного воспаления (ССВО) на инфекцию различной природы.

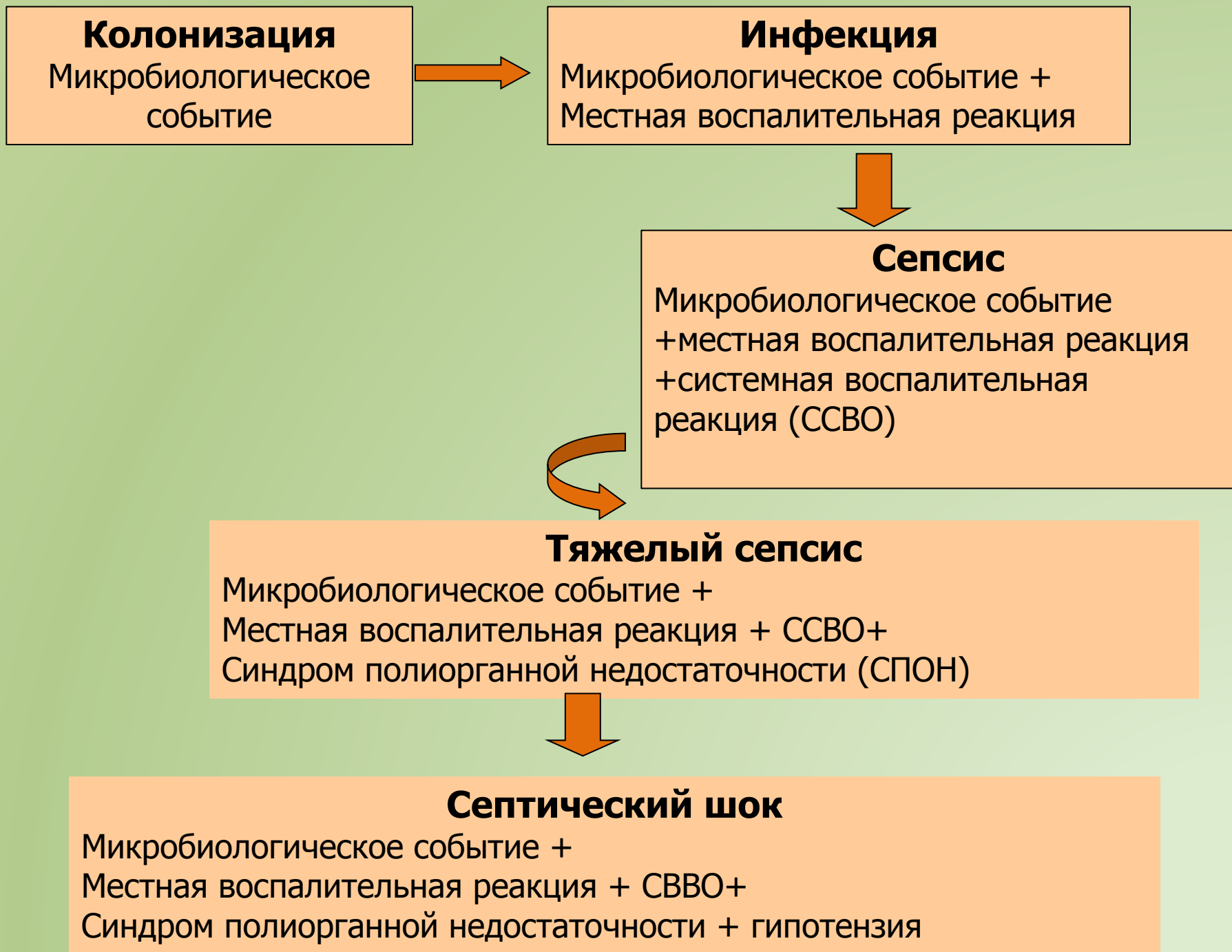
Код по МКБ-10

O85 Послеродовой сепсис.



Этиологическая структура сепсиса





*Достоверный диагноз сепсиса основывается на
следующих признаках:*

1. Клинические проявления инфекции или выделение возбудителя;
2. Наличие системной воспалительной реакции (ССВО);
3. Лабораторные маркеры системного воспаления (специфичным является повышение в крови уровня прокальцитонина, С-реактивного протеина, а также интерлейкинов IL -1, 6, 8, 10 и фактора некроза опухоли -TNF).

Классификация сепсиса

Признаки	Форма и фазы развития
По наличию очага	-Первичный -Вторичный (при наличии первичного очага)
По локализации первичного очага	Хирургический, акушерско-гинекологический, урологический и др.
По клиническому течению	Молниеносный, острый, хронический, септический шок

Классификация сепсиса

Признаки	Форма и фазы развития
По возбудителю	<ol style="list-style-type: none">1. Вызванный аэробной флорой:<ul style="list-style-type: none">-грамположительный (стафилококковый, стрептококковый);-грамотрицательный (колибациллярный, синегнойный, протейный).2. Вызванный анаэробной флорой:<ul style="list-style-type: none">- клостридиальный;- неклостридиальный.
По фазам развития	<ol style="list-style-type: none">1. Начальная фаза сепсиса;2. Септицемия;3. Септикопиемия.

Диагностические критерии сепсиса:

Общие критерии (**гипертермия**, температура тела выше $38,3^{\circ}\text{C}$, **гипотермия**, температура тела ниже 36°C , ЧСС >90 уд/мин (>2 стандартных отклонений от нормального возрастного диапазона), **тахипноэ**, **нарушение сознания**, необходимость инфузионной поддержки (>20 мл/кг за 24 ч), **гипергликемия** ($>7,7$ ммоль/л) в отсутствие сахарного диабета.

Критерии воспаления (**лейкоцитоз** $>12 \times 10^9/\text{л}$, **лейкопения** $<4 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг в сторону незрелых форм ($>10\%$) при нормальном содержании лейкоцитов, **содержание С-реактивного белка в крови** более 2 стандартных отклонений от нормы, **содержание прокальцитонина в крови** более 2 стандартных отклонений от нормы).

Диагностические критерии сепсиса:

Гемодинамические критерии (артериальная гипотензия:

САД < 90 мм рт. ст., АДср < 70 мм рт. ст., или снижение САД более чем на 40 мм рт. ст. (у взрослых), или снижение САД как минимум на 2 стандартных отклонения ниже возрастной нормы, сатурация $SvO_2 > 70\%$, сердечный индекс $> 3,5$ л/мин/м².

Критерии органной дисфункции (артериальная гипоксемия

$PaO_2/FiO_2 < 300$, острая олигурия $< 0,5$ мл/кг × ч, **повышение креатинина** более чем на 44 мкмоль/л (0,5 мг %), **нарушения коагуляции**: АЧТВ > 60 с или МНО $> 1,5$; **тромбоцитопения** $< 100 \times 10^9$ /л, **гипербилирубинемия** > 70 мкмоль/л, **парез кишечника** (отсутствие перистальтики).

Показатели тканевой гипоперфузии (гиперлактатемия > 1

ммоль/л, симптом замедленного заполнения капилляров, мраморность конечностей).

Критерии органной дисфункции при сепсисе

(Baue A. et al., 2000)

Система органов	Клинико-лабораторные критерии
Сердечно-сосудистая система	Систолическое АД < либо = 90 мм.рт.ст. или среднее АД < либо = 70 мм.рт.ст. в течение не менее 1 часа, несмотря на коррекцию гиповолемии.
Мочевыделительная система	Диурез < 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа при адекватном волевическом восполнении или повышение уровня креатинина в 2 раза от нормального.
Печень	Увеличение содержания билирубина больше 20 мкмоль/л в течение двух дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы.

Критерии органной дисфункции при сепсисе (Baue A. et al., 2000)

Система органов	Клинико-лабораторные критерии
Свертывающая система крови	Число тромбоцитов < 100000/мл или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение трех дней, или увеличение протромбинового времени больше нормы.
Метаболическая дисфункция	pH < либо = 7,3, дефицит оснований > либо = 5,0 мЭк/л, лактат плазмы крови в 1,5 раза больше нормы.
ЦНС	Менее 15 баллов по шкале ком Глазго.
Дыхательная система	PaO ₂ /FiO ₂ < либо = 250 или наличие билатеральных инфильтратов на рентгенограмме, или необходимость проведения искусственной ВЛ.

Принципы лечения сепсиса

- **Борьба с инфекцией и интоксикацией**

- **Воздействие на очаг инфекции**

- **Активизация защитных сил организма**

- **Нормализация функций жизненно важных органов и систем**

Ликвидация очага инфекции

Матка

**Неэффективно
сть терапии 2-3
суток**

**Гистерэктом
ия с
маточными
трубами**

**Мастит,
гнойник
промежности**

**Хирургическое
вмешательство**

**Эвакуация гноя,
иссечение
некротизированн
ой ткани**

Антибактериальная терапия сепсиса

- Выбор антибактериальных препаратов определяется **характером и чувствительностью** микрофлоры;
- Обязательно применение **препаратов метронидазола (в/в)**;
- Антибиотики назначаются **в максимальных дозах**;
- Показана **комбинация двух и более антибиотиков** с разным спектром действия и с одним из химических антисептиков;
- Посевы крови повторяют **каждые 5-7 дней**;
- **Сочетают местный** (внутриполостной, внутрибрюшинный) и **общие** (внутримышечный, внутривенный, внутриартериальный) пути введения антибиотиков;
- Лечение продолжают **до полного клинического выздоровления и двух отрицательных посевов крови**

Инфузионно-трансфузионная терапия сепсиса

□ Проводится с целью:

- Дезинтоксикации;
- поддержания ОЦК;
- устранения анемии, гипопротеинемии;
- коррекции нарушений водно-электролитного, коллоидно-осмотического, энергетического баланса.

□ Проводится под контролем функции почек и коллоидно-осмотического давления крови (не ниже 14 мм рт. ст.).

Профилактика акушерско-гинекологического сепсиса:

- **В женской консультации** выявляют беременных, относящихся к группе высокого риска развития послеродовых инфекционных заболеваний или уже заболевших, и проводят соответствующие профилактические и лечебные мероприятия.
- **В родах** необходимо предупреждать развитие длительного безводного периода, ограничивать число влагалищных исследований, проводить раннюю полноценную обработку разрывов мягких тканей родовых путей.
- При высоком риске инфицирования после проведения акушерских операций **назначают антибактериальную терапию**

Септический шок

- Клинический синдром, который осложняет течение различных инфекционных заболеваний и представляет собой фазово развивающийся патологический процесс адаптивного характера, возникающий вследствие расстройств нейрогуморальной регуляции и характеризующийся острым снижением обмена веществ и энергообразования в результате расстройства микроциркуляции в тканях и органах с нарушением их функций

Распространенность
3-15% случаев
послеродовых
и послеабортных
септических
заболеваний

Летальность **от**
20 до 80%

Септический

ШОК

Причины:

Грам- (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойная палочка) и

Грам+ (энтерококки, стафилококки, стрептококки) микроорганизмы, **анаэробы, риккетсии, вирусы, простейшие, грибы**

Снижение

резистентность

и

организма

Возможность

для

**проникновения
возбудителя или**

токсинов в

кровоток

Очаг инфекции при септическом шоке

Молочная
железа

Матка

Почки

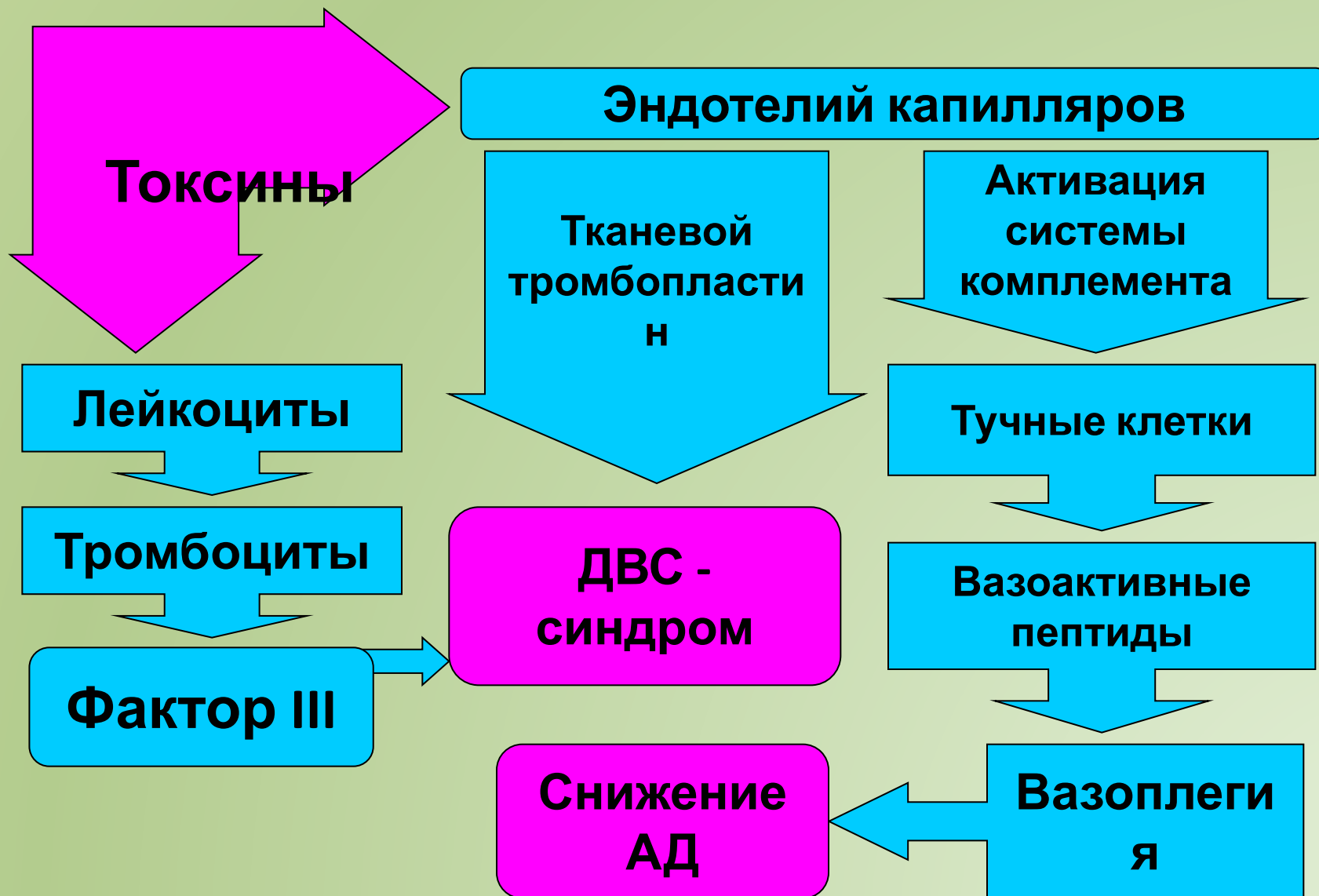
Гнойны
й
мастит

Наличие сгустков
крови и остатков плодных
оболочек,
плацентарной ткани;

- Особенности
кровообращения
беременной матки;
- Изменение гормонального
Гомеостаза;
- Состояние физиологического
транзиторного
иммунодефицита;
- Гиперлипидемия;

Пиелонефри
т
(при
нарушении
пассажа
мочи)

Механизм развития септического шока



Клинические проявления:

- ❖ Гипертермия **выше 38°С** после хирургического вмешательства;
- ❖ Хирургическое вмешательство, произведенное в **ближайшие 48 часов**, или наличие септического состояния;
- ❖ Эритродермия;
- ❖ Поражение слизистых оболочек (конъюнктивит, гиперемия слизистой ротоглотки, влагалища);
- ❖ Артериальная гипотония: систолическое **АД < 90 мм рт. ст.**, ортостатический коллапс и нарушение сознания.

Клинические проявления:

❖ Синдром полиорганной недостаточности

- **Желудочно-кишечный тракт** – тошнота, рвота, диарея.
- **ЦНС** – нарушения сознания без очаговой неврологической симптоматики.
- **Почки** – повышение азота мочевины и креатинина более чем в 2 раза, протеинурия, олигурия.
- **Печень** – содержание билирубина в 1,5 раза выше нормы, увеличивается активность ферментов плазмы более чем в 2 раза.
- **Кровь** – анемия, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гипергликемия, гиперлактатемия, метаболический ацидоз.
- **Легкие** – респираторный дистресс-синдром (интерстициальный отек легких), тахипноэ, гипоксемия.
- **Сердечно-сосудистая система** – гипер- и гиподинамический синдром, нарушения автоматизма и ритма сердца, ишемия миокарда, нарушения микроциркуляции.

Степени тяжести шока

Легкая степень

Сознание сохранено;
Кожа и слизистые бледные;
Реакция зрачков на свет сохранена;
Пульс ритмичный, учащен;
сАД 100-90 мм рт. ст.
дАД 60 мм рт. ст.

0,7-0,8

Средняя степень

Сознание затуманено;
Реакция зрачков на свет слабая;
Кожа бледная, холодная;
Дыхание учащено, ослаблено;
Пульс частый, слабого наполнения.
сАД 85-75 мм рт. ст.
дАД 50 мм рт. ст.

0,9-1,2

Тяжелая степень

Сознание спутано;
Реакции зрачков на свет нет;
Пульс частый, нитевидный;
Кожа бледная или цианотичная, липкий пот;
сАД 70 мм рт. ст. и ниже
дАД 30 мм рт. ст.
Дыхание ослабленное или периодическое.

1,3 и выше

Лабораторная диагностика

- **Клинический** анализ крови;
- **Гемостазиограмма** (определение фибриногена, тромбоцитов, время свертывания, АЧТВ, Д-димеры);
- **Биохимический** анализ крови (определение уровня электролитов, белка, глюкозы, мочевины, креатинина, С-реактивного белка, прокальцитонина, печеночные тесты);
- **Общий** анализ мочи(определение белка, лейкоцитов, цилиндров, бактерий);
- **УЗИ** (брюшной полости, органов малого таза, почек, молочных желез);
- **ЭКГ.**

Лечение септического шока

- внутривенная катетеризация;
- введение носового или эндотрахеального катетера;
- катетеризация мочевого пузыря

Инфузионная терапия

Объем

При шоке I
1000-1500 мл

При шоке II
2000-2500 мл

При шоке III – 3500-5000 мл

Состав

Производные крахмала и декстраны

Белковые препараты 400 мл 5-10%
альбумина

СЗП, Глюкоза 10%, 40% 300-500 мл

Гемотрансфузия (по показаниям)

Кристаллоидные растворы

Целевые значения

Гематокрит не более 30%
почасовой диурез более 30 мл
ЦВД 50-100 мм рт. ст.

Лечение септического шока

Лечение сепсиса +

- **Глюкокортикостероиды** (гидрокортизон, преднизолон);
- **Гепарин и его низкомолекулярные аналоги** (фраксипарин, клексан);
- **Парентеральное питание;**
- **Оксигенотерапия;**
- **Гемосорбция, плазмаферез.**

Хирургическое лечение

**Цель:
Ликвидация очага
инфекции**

**В случае
неэффективности
консервативной терапии
в течение 4-6 часов
иногда
сразу после
купирования коллапса.**

**Метод выбора:
Тотальная гистерэктомия с трубами,
дренирование брюшной полости.**

Послеродовой мастит

Код по МКБ-10:

О91 Инфекции молочной железы, связанные с деторождением.

Послеродовой мастит - воспалительное заболевание молочной железы, вызываемое бактериями, развивающееся после родов и связанное с процессом лактации.

Частота заболеваемости послеродовым маститом 1,5-6% родов
(По данным Минздравсоцразвития 2010г.)

Преимущества грудного вскармливания

Грудное молоко


- Полноценное питание;
- Легко усваивается и полноценно используется;
- Защищает от инфекций;
- Стоит дешевле искусственного питания.

Кормление грудью

- Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие;
- Помогает избежать новой беременности;
- Защищает здоровье матери.

Возбудители послеродового мастита

- Стафилококк - 82%;
- E.coli;
- Стрептококк;
- Протей;
- Грибы.



**Патологический
лактостаз**

**Нарушение
правил
грудного
вскармливания**

**Трещины,
аномалии
развития
сосков**

**Предрасполагающие факторы
послеродового
мастита**

**Снижение
иммунологической
реактивности**

**Структурные
изменения
молочной
железы**

Путь инфицирования

Очаг хронической
инфекции

Инфицирование
извне

Быстрое распространение:

- Дольчатое строение
- Наличие естественных полостей
- Обилие жировой ткани
 - Интенсивное кровоснабжение
- Широкая сеть молочных протоков и лимфатических сосудов

Классификация

- Серозный (начинающийся)
- Инфильтративный
- Гнойный
- Инфильтративно-гнойный (диффузный, узловый)
- Абсцедирующий
- Флегмонозный
- Гнойно-некротический
- Гангренозный



Диагностика

- Повышение температуры тела
- Ухудшение общего самочувствия
- Боль в молочной железе (особенно при кормлении)
- Увеличение молочной железы в объёме
- Появление уплотнений
- Изменение окраски кожи, покрывающей молочную железу
- Увеличение регионарных подмышечных лимфатических узлов
- Затруднение опорожнения молочной железы при

Лабораторно-инструментальные исследования

- **Клинический анализ крови** - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нарастание СОЭ
- **Бактериологическое исследование молока**, с определением чувствительности к антибиотикам
- **УЗИ молочных желёз**



Лечение

Местное лечение

- Сцеживание
- Физиотерапия (ультразвук, УФ-лучи, микроволны)
- Холод на очаг
- При гнойном мастите – вскрытие гнойного очага

Общее лечение

- Подавление лактации (парлодел, бромкриптин, достинекс)
- Антибактериальная терапия (цефалоспорины) + Метронидазол
- Дезинтоксикационная терапия

Грудное вскармливание при мастите

- ❖ При развитии мастита грудное вскармливание временно прекращают.
- ❖ Показания к подавлению лактации у больных маститом при его тяжелом течении и резистентности к проводимой терапии являются:
 - быстро прогрессирующий процесс;
 - гнойный мастит с тенденцией образования новых очагов после хирургического вмешательства;
 - вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после хирургического лечения);
 - флегмонозный и гангренозный мастит;
 - мастит на фоне заболеваний других органов и систем.

Хирургическое лечение

Показания:

- Гнойный мастит - широкое вскрытие гнойного очага при минимальной травматизации молочных протоков:

* Радиальный разрез от границы околососкового кружка к периферии;

* Разрушение перемычек между пораженными дольками тупым путём;

* Эвакуация гноя;

* Удаление некротических тканей;

* Дренирование раны.

- Флегмонозный и гангренозный мастит.

Профилактика

- Своевременное выявление у беременных экстрагенитальных заболеваний;
- Повышение защитных сил организма;
- Обучение беременных правильной технике прикладывания ребёнка к груди, кормления, сцеживания.



Литература

Основная:

- 1. Савельева Г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2008**

Дополнительная

- 1. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ/ Г.М. САВЕЛЬЕВА, 2009**
- 2. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009**
- 3. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА2009**
- 4. РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ: РУКОВОДСТВО/ ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА, 2008**
- 5. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ / ПОД РЕД. В.Е. РАДЗИНСКОГО, 2010**
- 6. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009**
- 7. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ/ В.М. СИДЕЛЬНИКОВА, 2009**

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

- 1. БД МЕДАРТ**
- 2. БД МЕДИЦИНА**
- 3. БД EBSCO**



Спасибо за внимание!