

**«ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» МЕББМ**



# **ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ**

**НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Выполнила: Мұқаш Б.

Группа: 618 ВОП

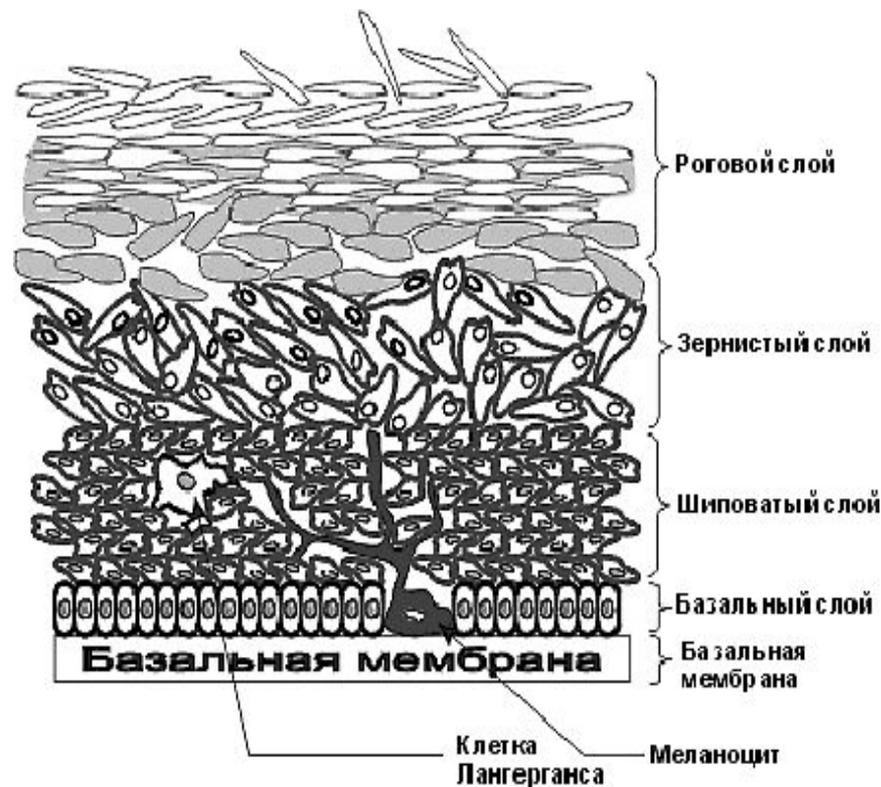
Проверил: Курманбеков А.Е.

Под гнойной инфекцией в широком смысле слова понимают внедрение и размножение в организме патогенных и пиогенных микробов с наличием образования гноя. Однако для осуществления гнойной инфекции лишь внедрения патогенных микроорганизмов недостаточно. Необходимо, с одной стороны, преодоление защитных приспособлений организма, с другой стороны, наличие определенной чувствительности и реакции организма на внедрившийся агент.

Среди всех хирургических инфекций она занимает I место. При гнойном процессе противопоставляются друг другу микроб (возбудитель гнойной инфекции) и организм - это сложная среда в которой осуществляется жизнедеятельность первого.

## ВОЗРАСТНЫЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ

- **Кожа** у детей нежная и легко ранимая из-за недостаточности эпидермиса и соединительной ткани, в связи, с чем она легко раздражима и лабильна.
- Покровный слой кожи - **эпидермис** у новорожденных хорошо выражен, но является очень тонким, составляет **0,03 - 0,1** мм. Эпидермис не содержит кровеносных сосудов, базальная мембрана плохо развита, следствием чего является слабая связь между слоями и легко проницаема для микробов.



# ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

- К возбудителям гнойной хирургической инфекции (по мере уменьшения частоты) относят **Staphylococcus aureus** и **Streptococcus** из группы грамположительных микроорганизмов, большую группу грамотрицательных бактерий (**Pseudomonas aeruginosa, Esherichia coli, Klebsiella, Serratia, Acinetobacter**), а также некоторые анаэробные микроорганизмы (**Bacteroides, Fusobacterium, Peptostreptococcus, Propioni- bacterium** и др.). Более чем в 60% случаев в очаге поражения обнаруживают ассоциации нескольких микроорганизмов. Наличие у возбудителей разнообразных ферментов агрессии (гиалуронидазы, фибринолизина, коагулазы) и токсинов (гемолизина, лейкоцидина, летального токсина, энтеротоксина и др.) способствует проникнове- микроорганизмов в ткани и органы, обуславливая многообразие форм заболевания и различную тяжесть их течения.

# ЛЕЧЕНИЕ

**Лечение гнойной хирургической инфекции комплексное.** Оно включает **три** основных компонента:

- хирургическое дренирование (санация) гнойного очага инфекции
- адскватная антимикробная терапия;
- патогенетическая терапия метаболических нарушений.

## **Воздействие на местный очаг**

- Воздействие на местный гнойно-воспалительный очаг проводят по следующим принципам:
- Тщательная санация гнойного очага и окружающих его тканей
- Стремление к минимальной кровопотере
- Обеспечение максимального дренирования очага и удаление нежизнеспособных тканей
- Постоянное поддержание максимальной концентрации антибактериальных препаратов в очаге
- Создание иммобилизации поражённого органа в острой стадии заболевания.

## НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ

**Фурункул** - это острое гнойное некротическое воспаление волосяного фолликула и близлежащей к нему соединительной ткани. Развитие фурункула вызывает золотистый или белый стафилококк. Фурункул способен развиваться на каком угодно участке кожи, везде, где имеются волосяные фолликулы. Наиболее часто он образуется на пояснице, тыле кистей, шее и лице. Первым делом появляется воспалительный инфильтрат ярко красного цвета, который возвышается небольшим конусом над уровнем кожи. Больной начинает отмечать умеренные боли и легкий зуд. По мере того, как развивается фурункул, инфильтрат увеличивается, гиперемия нарастает, и образуется периферический отек. 3-4 день характеризуется появлением в центре инфильтрата некроза и размягчения тканей, приобретающих зеленоватый оттенок с формированием некротического стержня фурункула.

# Диагностика

Правильная профессиональная диагностика фурункулов у детей позволяет дифференцировать заболевание от других — сибирской язвы, туберкулёза кожи, эритемы и пр. К наиболее распространённым и часто применяемым методам диагностики относятся:

- визуальный осмотр;
- анализ крови;
- анализ мочи;
- дерматоскопия;
- бакпосев;
- флюорография;
- УЗИ внутренних органов.



# Лечение

При фурункуле терапия зависит от стадии воспалительного процесса. Если преобладают явления инфильтрации и отёка без нагноения, проводят местное консервативное лечение. Назначают УФО, УВЧ- терапию, накладывают полуспиртовые компрессы. Эффективна местная новокаиновая блокада с антибиотиками. При образовании гноя удаляют некротизированный стержень. Извлечение стержня дополняют линейным разрезом. Затем накладывают повязку с гипертоническим раствором натрия хлорида. Хирургическое лечение проводят также в тех случаях, когда гноя ещё нет, но воспаление сопровождается значительной болезненностью, отёком, появлением лимфангиита и лимфаденита, высокой температурой тела. В случае выявления изменений показан курс иммунокорректирующей терапии.

**Карбункул** (от лат. Carbunculus – уголек) - острое гнойно-некротическое воспаление кожи и подкожной клетчатки вокруг группы волосяных мешочков и сальных желёз, имеющее тенденцию к быстрому распространению.

Карбункул представляет собой разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких слоев дермы и гиподермы с вовлечением в процесс нескольких соседних волосяных фолликулов. При карбункуле гнойно-некротический инфильтрат занимает большую площадь и распространяется в более глубоких слоях дермы и гиподермы, чем при фурункуле.

Слово «карбункул» происходит от греческого слова carbo - уголь и означает «углевик», так как образующиеся в процессе гнойно-некротического воспаления крупные участки некроза имеют темный цвет, что и послужило основанием к сравнению заболевания с углем.

Излюбленная локализация - задняя поверхность шеи, спина, поясница.

# ДИАГНОСТИКА

Так как карбункул представляет собой гнойный воспалительный процесс при появлении первых его симптомов необходимо показать ребёнка врачу во избежание сильной интоксикации организма со всеми вытекающими последствиями. Поставить точный диагноз специалист может на основании данных обследования, которое в себя включает следующие процедуры:

- осмотр кожных покровов;
- выявление симптоматики (измерение температуры, частоты сердцебиения, опрос мамы);
- определение возможных причин заболевания;
- общие анализы мочи и крови на воспалительный процесс (здесь важны показатели СОЭ и лейкоцитов);
- исследование на бактерии; посев содержимого инфильтрата.



## Лечение

В стадии воспалительного инфильтрата проводится интенсивная консервативная терапия: парентерально – антимикробные препараты, дезинтоксикационная терапия, местно вокруг инфильтрата введение антибиотиков, УВЧ, повязки с мазью Вишневского, синтомициновой эмульсией, раствором димексида (20-30%)

оперативное лечение: Оптимальное обезболивание – внутривенный наркоз. Разрез – крестообразный, проходящий через середину очага на всю толщину некроза до жизнеспособных тканей.

Некротизированные участки тканей и участки ткани, пропитанные гноем, иссекаются. В итоге образуется значительных размеров раневой дефект. Края дополнительно иссекают, удаляя измененную, некротизированную кожу. Проводят гемостаз.

Образовавшуюся полость промывают антисептиком, дренируют и далее лечат по общим принципам лечения гнойной раны

**Абсцесс** - гнойное воспаление ткани с образованием ограниченного очага распада. Абсцессы мягких тканей обычно вызываются стафилококком и стрептококком, при абсцессах прочих локализаций характер флоры как правило зависит от причины его возникновения. При абсцессе как правило имеет место весьма четкое отграничение очага воспаления от окружающих тканей. В ранние сроки -это обычно грануляционная ткань а при последующем течении вокруг грануляционной ткани возникает соединительнотканная оболочка локализующая абсцесс. Наличие пиогенной мембраны ухудшает проникновение антибиотиков из кровотока в полость абсцесса, что весьма затрудняет лечение, однако последняя не препятствует интоксикации организма за счет всасывания токсических продуктов из очага распада. При нарушении пиогенной мембраны (обычно из-за резкого роста давления в полости абсцесса или в следствии посторонних механических причин) или снижении общих и местных иммунных механизмов инфекция распространяется из абсцесса, сопровождаясь сепсисом и гнойными затеками.

# ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ

- В ходе диагностического обследования пациента травматолог В ходе диагностического обследования пациента травматолог или хирург должны обратить внимание на наличие в его анамнезе указания на появление воспалительных симптомов после перенесенной травмы, ранения или инъекции. Поверхностно расположенный абсцесс мягких тканей легко выявляется при осмотре пораженной области. Более глубокие абсцессы требуют проведения УЗИ и диагностической пункции. После проведения пункции полученный материал подвергают бактериологическому исследованию для определения чувствительности гноеродной микрофлоры к антибиотикам.
- При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование пораженной области и ПЦР-диагностику При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование пораженной области и ПЦР-диагностику туберкулеза. Диагностируют также фоновые заболевания пациента, для чего могут потребоваться консультации смежных специалистов: отоларинголога При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование пораженной



# ЛЕЧЕНИЕ

- При абсцессах внутренних органов перспективным методом лечения является интервенционная сонография – пункция абсцесса с аспирацией гноя и последующим введением в полость абсцесса антибиотиков или его дренирование под контролем УЗИ.
- Для вскрытия абсцесса выбирают кратчайший оперативный доступ с учетом анатомо-топографических особенностей. Для этого нередко вскрывают абсцесс по игле – первоначально пунктируют абсцесс, затем по игле рассекают ткани. При вскрытии гнойника по возможности подходят к его нижнему полюсу, чтобы создать хорошие условия для дренирования. Разрез должен быть широким, гной и некротические ткани удаляют, полость абсцесса обследуют пальцем, разделяя перемычки и удаляя секвестры. Следует избегать грубых манипуляций, нарушающих пиогенную мембрану. Полость промывают антисептиком. Необходимости в остановке кровотечения как правило нет, так как сосуды, расположенные в очаге воспаления, тромбированы. Полость абсцесса дренируют одним из известных методов дренирования. Если предполагается недостаточность опорожнения через основной разрез, делают контратертуру. После вскрытия лечение абсцесса проводится по принципу лечения гнойных ран с учетом фазности течения раневого процесса.

**Флегмона** (от греч. Phlegmone - жар, воспаление) - острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки с тенденцией к быстрому распространению по клетчаточным пространствам и вовлечением в гнойный процесс мышц, сухожилий. Флегмона может развиваться в подкожной клетчатке, под фасциями и апоневрозами, в подслизистой и мышечной клетчатке, а при бурном течении захватывать ряд анатомических областей, например бедро, ягодичные и поясничные области, промежность, переднюю брюшную стенку. Развитие флегмоны обусловлено проникновением в мягкие ткани патогенных микроорганизмов. Возбудителями обычно являются стафилококки и стрептококки, но может вызываться и другими гноеродными микробами, которые проникают в клетчатку через случайные повреждения кожи, слизистых оболочек или через кровь.

Флегмона является самостоятельным заболеванием, но может быть и осложнением различных гнойных процессов (карбункул, абсцесс, сепсис и др.).

Флегмона, возникшая первично, может привести к ряду осложнений (лимфаденит, лимфангит, рожа, тромбофлебит, сепсис и др.).

# Классификация

а) неодонтогенный - возникает обычно вследствие воспалительного процесса в лимфатических узлах, нагноения посттравматической гематомы или распространения воспалительного процесса из других участков;

б) одонтогенный - связанный с заболеванием зубов.

Также важно различать абсцессы и флегмоны, которые возникли под действием неспецифической (банальной) микрофлоры, и те, которые образовались вследствие специфических процессов (так называемые холодные абсцессы). Нередко врачу приходится проводить дифференциальную диагностику поверхностных флегмон с рожистым воспалением.



# ЛЕЧЕНИЕ

- Прежде всего, важно установить, действительно ли воспаление кожи вызвано инфекцией. Чаще всего, истории болезни и полного осмотра бывает достаточно для того, чтобы выяснить причину заболевания. Иногда возникает необходимость в подсчете лейкоцитов или бакпосеве. Всегда проводится в условиях стационара хирургического отделения. Большинство больных оперируют под наркозом сразу при поступлении. Однако, при тяжелой интоксикации предварительно проводится предоперационная подготовка в течение 2-3 часов. Используют широкое рассечение кожи и подкожной клетчатки несколькими разрезами на всю глубину инфильтрата, при межмышечной флегмоне – широкая фасциотомия. В ранней стадии заболевания при разрезе ткани серого цвета, отделяемое скудное, серозно-геморрагического или серозно-гнойного характера. При значительном расплавлении тканей из операционной раны выделяются гнойно-геморрагический или гнойный экссудат желто-коричневого цвета, иногда со зловонным запахом. Границы некротических тканей практически не определяются, поэтому производится их частичное иссечение. Затем производится промывание и дренирование флегмоны одним из видов дренажей. Обязательна иммобилизация. Дальнейшее местное лечение – по общепринятым принципам лечения с учетом фазы течения воспалительного процесса. Общее лечение – антимикробная терапия, интенсивная дезинтоксикационная терапия.

**Лимфаденит** – это воспалительное поражение лимфатических узлов. Патологическая реакция лимфоузлов при данном заболевании являет собой барьерную функцию лимфатической системы, ограничивающую распространение инфекции по организму. Лимфаденит чаще всего возникает, как осложнение другого воспалительного процесса. Возбудителем данного заболевания становится гноеродная патогенная флора – стафилококки, стрептококки, а также вырабатываемые ими продукты тканевого распада и токсины, проникающие в лимфоузлы гематогенным, лимфогенным или контактным путем. Первостепенным очагом воспаления при лимфадените могут быть гнойные раны, фурункулы, флегмоны, панариции, карбункулы, трофические язвы, рожистое воспаление, кариес, тромбофлебит или остеомиелит. При этом, регионарные воспалительные процессы чаще всего вызывают местный лимфаденит. Первым признаком неспецифического лимфаденита является болезненность и увеличение регионарных лимфоузлов. При гиперпластической и катаральной форме заболевания пальпируются увеличенные узлы.

Абсцедирование лимфатического узла сопровождается лихорадкой, общей слабостью, а сам узел становится болезненным, плотным. В области пораженного узла появляется отечность и гиперемия, при гнойном расплавлении присоединяется флюктуация.

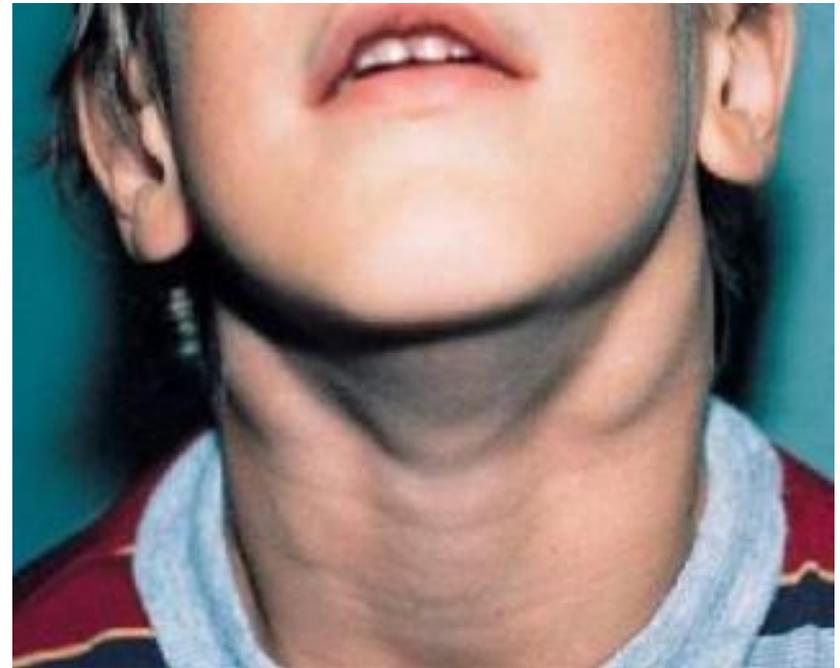
# Диагностика

Диагностика лимфаденита у детей включает тщательный физикальный осмотр, оценку клинической картины и анамнеза заболевания, исследование клинического анализа крови, УЗИ лимфатических узлов Диагностика лимфаденита у детей включает тщательный физикальный осмотр, оценку клинической картины и анамнеза заболевания, исследование клинического анализа крови, УЗИ лимфатических узлов и ряд дополнительных дифференциально-диагностических исследований. Выявление лимфаденита у детей может потребовать обследования у врачей различных специальностей: педиатра, инфекциониста Диагностика лимфаденита у детей включает тщательный физикальный осмотр, оценку клинической картины и анамнеза заболевания, исследование клинического анализа крови, УЗИ лимфатических узлов и ряд дополнительных дифференциально-диагностических исследований. Выявление лимфаденита у детей может потребовать обследования у врачей различных специальностей: педиатра, инфекциониста, детского отоларинголога, гематолога Диагностика лимфаденита у детей включает тщательный физикальный осмотр, оценку клинической картины и анамнеза заболевания, исследование клинического анализа крови, УЗИ лимфатических узлов и ряд дополнительных дифференциально-диагностических исследований. Выявление лимфаденита у детей может

# ЛИМФАДЕНИТ (СХЕМАТИЧЕСКОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ)



# ЛИМФАДЕНИТ (ВНЕШНИЙ ВИД)



# ЛЕЧЕНИЕ

- Особое внимание уделяют устранению первичного очага инфекции. Консервативное лечение включает применение антибиотиков (полусинтетические пенициллины, макролиды, например азитромицин), десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию, а также назначение протеолитических ферментов совместно с физиотерапевтическими процедурами. При гнойном лимфадените показано вскрытие очага. При тяжелом течении лимфаденита с явлениями токсикоза, особенно у маленьких детей, разрезы производят, не дожидаясь размягчения воспалительного инфильтрата. Разрез длиной 2-3 см достаточен для дренирования гнойной полости. Лишь обширные аденофлегмоны считают показанием к более широким разрезам.

-

# ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

## **Флегмона новорожденных**

Специфическое гнойно-воспалительное заболевание детей первых недель жизни с преимущественным поражением подкожной клетчатки — характеризуется острым началом, быстрым прогрессированием местного процесса с последующим обширным некрозом кожи и подлежащих тканей.

В самостоятельную нозологическую единицу флегмона новорожденных впервые выделена С. А. Васильевым в 1939 г.



Входными воротами инфекции в большинстве случаев является кожа; нельзя исключить возможность проникновения возбудителя через пупочную ранку, слизистые оболочки.

Данная флегмона присуща только новорожденным. **Процесс начинается вокруг потовых желез**, и затем происходит распространение.

Типичная локализация флегмоны: **задние и боковые отделы грудной клетки, ягодицы**, реже области конечностей.

## **Токсико-септическая развивается при площади свыше 12% поверхности тела**

Новорожденный отказывается от груди; быстро повышается температура тела (38—40 °С), бывает рвота. У ребенка появляется беспокойство. Затем он становится вялым. Кожа приобретает сероватый оттенок. Язык обложен, сухой. Тоны сердца глуховатые, пульс плохо сосчитывается, мягкий. В крови лейкоцитоз до  $(12—18) \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом в формуле влево. Без соответствующего лечения болезнь катастрофически быстро прогрессирует. Температура тела остается на высоких показателях, усиливаются явления интоксикации. Ребенок не реагирует на окружающее, адинамичен. Аппетит отсутствует, рвота частая, появляется жидкий стул. Развиваются явления эксикоза. Ребенок погибает в первые 2—3 дня, или заболевание переходит в тяжелый затяжной сепсис. В этих случаях возможно развитие множественных пиемических очагов.

## Простая при площади менее 12% поверхности тела

При ней температура тела нарастает постепенно (37,2—38 °С), аппетит понижен. Ребенок несколько бледен, язык обложен, в крови отмечается умеренный лейкоцитоз. С первых часов заболевания появляется беспокойство, которое усиливается при пеленании новорожденного. В этих случаях местный процесс развивается значительно быстрее, чем изменяется общее состояние. Если ребенок не получает правильного лечения, то болезнь прогрессирует, общее состояние быстро ухудшается из-за нарастающих явлений интоксикации, обезвоживания и анемии. Через несколько дней, развивается клиническая картина септикопиемии.

# ТЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ПРОЦЕССА (4 ПЕРИОДА)

## Начальный

В типичных местах появляются ограниченный участок гиперемии небольших размеров, резко болезненный. Кожа плотная, инфильтрированная, в складку не собирается. Пятно начинает быстро распространяться. Кожа под ним багрово-цианотичного оттенка.

**Выраженные явления  
интоксикации**



## ПЕРИОД НЕКРОЗА И АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПЖК

Над участком уплотнения кожа инфильтрирована, появляются очаги размягчения, происходит отслойка кожи от ПЖК. В центре гиперемизированного участка – блюдцеобразное уплотнение. В этом месте появляются мелкие ходы с некротическим абсцедированием. Состояние ребенка несколько улучшается.



# ПЕРИОД НЕКРОЗА КОЖИ И ОБРАЗОВАНИЕ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ



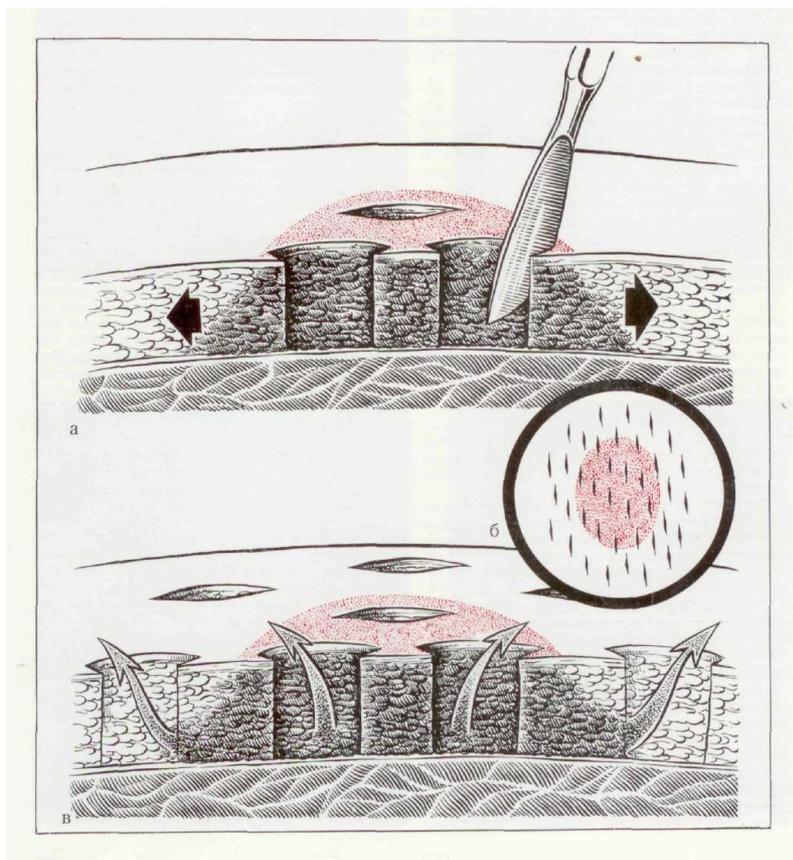
Кожа мацерируется, истончается, цианотичная, холодная на ощупь, безболезненная при пальпации. В этот период происходит отторжения некротизированных участков кожи, рана приобретает характерный вид: края подрыты, неровные. Могут обнажаться кости. Ребенок худеет вплоть до кахексии, при неадекватной терапии может наступить смерть.

# СТАДИЯ РЕПАРАЦИИ

Стихают воспалительные явления, раневая поверхность заполняется грануляциями. Самопроизвольное эпителизация и рубцевание.



# Принцип разрезов кожи при флегмоне новорожденных (по С. Я. Долецкому).



- Поскольку воспалительный процесс распространяется за пределы видимой на коже зоны, насечки следует производить не только в зоне видимого поражения, но и отступя от нее (с захватом здоровой кожи **1,5-2 см**). Активный перифокальный дренаж предупреждает распространение воспаления.

# ОСЛОЖНЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

В начальном периоде  
заболевания:

- эритематозная стадия  
рожистого воспаления.

В более поздние сроки  
заболевания:

- склерема новорожденных;
- подкожный адипонекроз.

# СКЛЕРЕМА НОВОРОЖДЕННЫХ



- (sclerema neonatorum; греч. scleros твердый, плотный) — патологическое состояние новорожденных, характеризующееся диффузным уплотнением кожи и подкожной клетчатки. Развивается главным образом у недоношенных и ослабленных новорожденных с тяжелыми поражениями Ц.Н.С., пороками сердца, ателектазами легких, инфекционными болезнями (например, внутриутробной микоплазменной инфекцией), сепсисом и другими заболеваниями. Патогенез не ясен. Предрасполагающими факторами являются резкое охлаждение, истощение, обезвоживание.

Первые признаки склеремы возникают на 3-4-й день жизни (реже позднее). На коже голеней (в области икроножных мышц) или лица, затем на бедрах, ягодицах появляются участки восковидной бледности или красновато-цианотичного (иногда желтушного) оттенка. В более тяжелых случаях процесс быстро распространяется по всей поверхности тела, за исключением ладоней, подошв и половых органов. Пораженная кожа напряжена, сухая, холодная, не собирается в складку, на месте надавливания ямок не остается, лицо маскообразное. Нижняя челюсть неподвижна, движения в конечностях резко ограничены. Состояние ребенка тяжелое, температура тела снижена до  $36-35^{\circ}$ , отмечаются вялость, сонливость, отсутствие аппетита, брадикардия и брадипноэ. Склерема быстро прогрессирует и ведет к **летальному исходу**.

# ГНОЙНЫЙ МАСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гнойно - воспалительное заболевание молочных желез, осложняющие ее физиологическое нагрубание. Возбудитель – золотистый стафилококк.

Причины – инфицирование через выводные протоки или кожу, при неправильном уходе за новорожденным.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

**Интоксикационный синдром** - повышение температуры тела, снижение аппетита, беспокойство. Заболевание, как правило, одностороннее.

**Местные проявления** - в начале в области молочной железы гиперемия, при пальпации болезненная, прощупывается плотный инфильтрат, локальное повышение температуры. Ко 2 суткам кожа приобретает синюшно-багровую окраску. В центре инфильтрата – очаги размягчения. Инфильтрат спаивается с подлежащими тканями, становится неподвижным. Может происходить самостоятельное вскрытие абсцесса.

Заболевание, как правило, одностороннее.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Физиологическая мастопатия:** встречается как у девочек, так и у мальчиков, так как строение молочных желез у детей одинаковое. Обычно начинается на 3-4-й день жизни, далее размеры желез увеличиваются, достигая максимума на 7-8-й день жизни, с постепенным уменьшением степени нагрубания. Увеличение молочных желез обычно симметричное, кожа над увеличенной железой не изменена. Степень увеличения железы может быть различной - максимальный диаметр ее 1,5-2 см. Иногда можно видеть выделения из железы сначала сероватого, а затем и бело-молочного цвета. Выдавливать содержимое увеличенной молочной железы не следует, так как есть опасность инфицирования.

Лечения это состояние не требует, но при очень сильном нагрубании молочной железы накладывают стерильную повязку для предотвращения раздражения одеждой.

# ЛЕЧЕНИЕ



## Хирургическое:

- радиарные разрезы ( не затрагивая на ареолу);
- дренирование ран;
- перевязки.

## Консервативное:

- воздействие на возбудитель;
- физиотерапия.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!