

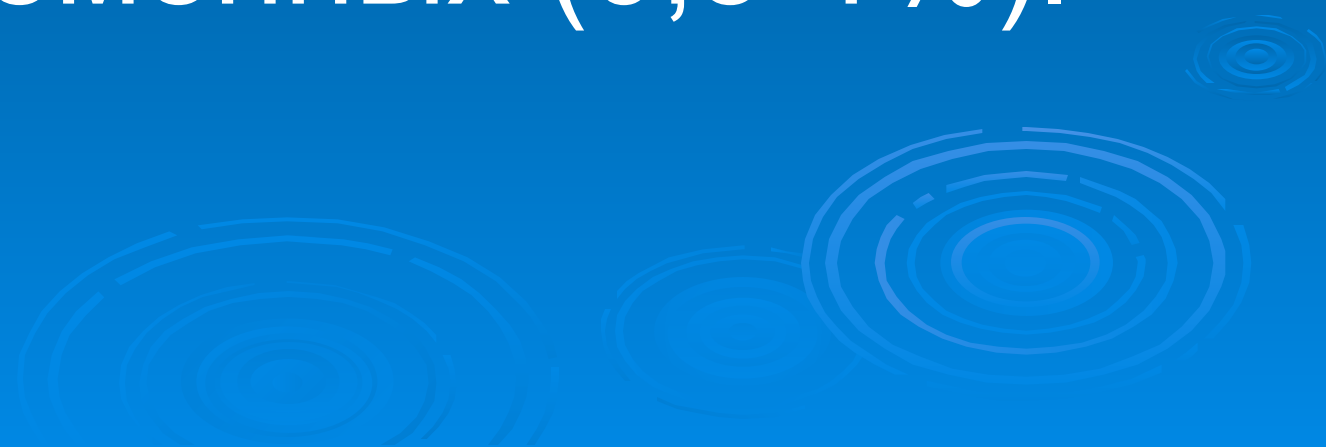
мастит



Мастит –
воспаление паренхимы
и интерстиции
молочной железы.

The background of the slide is a solid blue color. In the bottom right corner, there are several faint, concentric circles that resemble ripples on water, rendered in a slightly lighter shade of blue.

Различают лактационный
мастит (80-85%),
нелактационный мастит
(10-15%) и мастит
беременных (0,5-1%).

The background of the slide is a solid blue color. In the bottom right corner, there are several faint, concentric circles that resemble ripples on water, adding a decorative element to the design.

Редкие формы заболевания молочной железы:

- галактофорит (воспаление молочных протоков);
- ареолит (воспаление околососкового кружка).

Классификация

По фазам течения воспалительного процесса с учетом клинико-морфологических изменений в железе

- Серозный мастит (отечная форма);
- Инфильтративный мастит;
- Абсцедирующий мастит;
- Флегманозный мастит;
- Гангренозный мастит.

Классификация

По локализации гнойного очага

- Субареолярный
- Интрамаммарный
- Галактофорит
- Ареолит
- Подкожный (?)

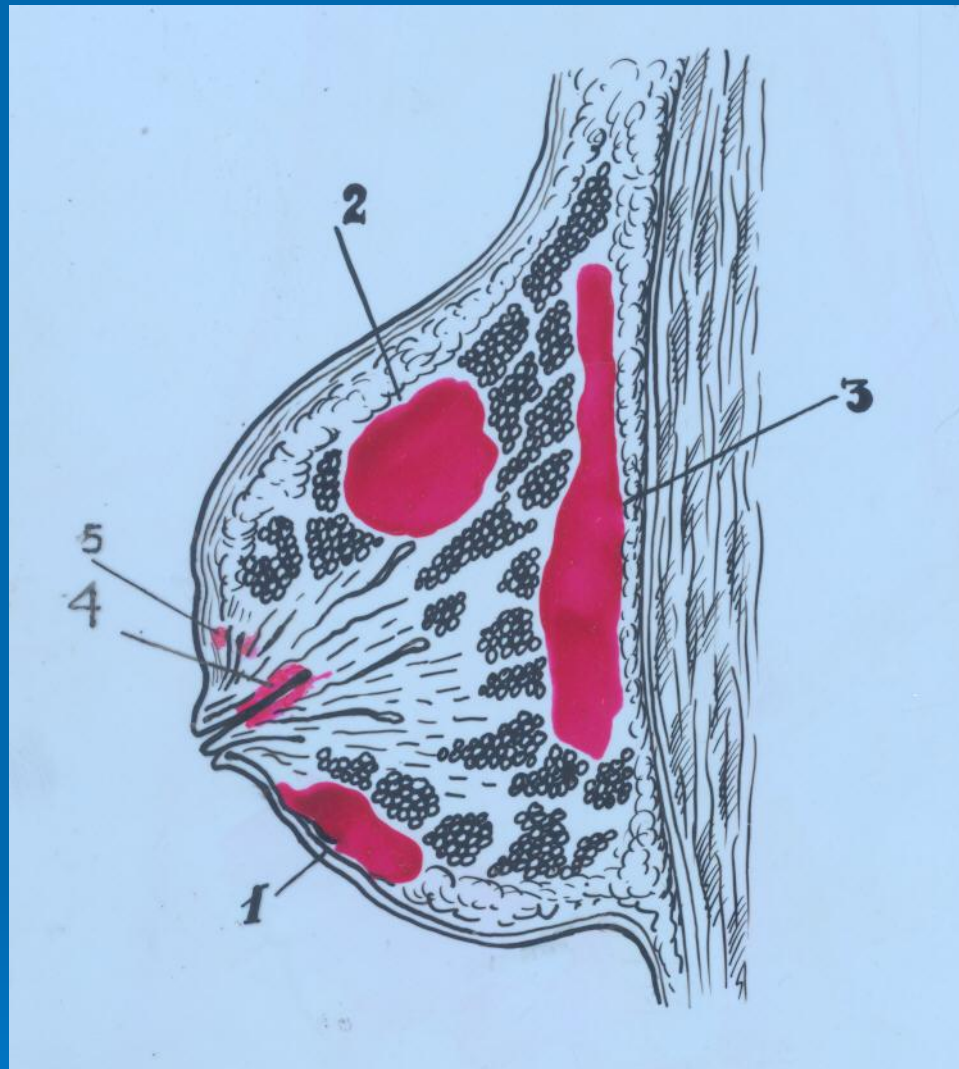


Рис. 1 Локализация гнойников при мастите

1. субареолярный; 2. интрамаммарный; 3. ретромаммарный;
4. галактофорит (воспаление млечных протоков); 5. ареолит
(воспаление желез околососк. кружка).

Этиология и патогенез лактационного мастита

Основными возбудителями острых
лактационных маститов остаются
гноеродные кокки, в основном,
золотистый стафилококк (в
монокультуре) (79,4-96,6%) и в
ассоциации с другой микрофлорой.

Микрофлора, выделенная из гноя больных различными формами деструктивного лактационного мастита.

Форма гнойного лактационного мастита	Состав микрофлоры (%)				
	St.aureus в монокультуре	St.aureus в ассоциации с:			
		E.Coli	Proteus spp.	Ps.aeruginosa	Klebsiella enterobact.
Абсцедирующий	94,8	4,4	0,3	1,2	3,2
Узловой инфильтративно-гнойный	96,6	2,1	0,1	0,1	1,1
Диффузный инфильтративно-гнойный	90,3	5,6	0,6	0,5	3,0
Флегмонозный	83,3	10,4	2,7	1,3	2,3
Гангренозно-некротический	79,4	12,4	3,5	2,3	2,4

Через 3-5 дней после операции
возрастает содержание
грамотрицательных микроорганизмов
(протей, эшерихий, клебсиелл), что
связано с вторичным инфицированием
ран госпитальными штаммами
хирургических отделений. Это приводит
к ухудшению состояния больных в связи
с переходом в более тяжелую форму
мастит.

В связи с этим послеродовой мастит следует рассматривать как процесс дважды связанный с госпитальной инфекцией: акушерских стационаров (золотистый стафилококк) и хирургических (штаммы грамотрицательных микроорганизмов).

Входные ворота инфекции: трещины сосков, интраканаликулярно, гематогенный и лимфогенный путь из эндогенных источников.



Возникновению мастита способствуют:

- Сопутствующие заболевания;
- Снижение иммунобиологической реактивности организма;
- Тяжело протекающие роды;
- Различные осложнения родов и послеродового периода (кровопотеря, инфекция родовых путей и т.д.);
- Острый застой молока.

Особенности течения гнойного мастита

Слабовыраженная способность железистой ткани к самоограничению, безудержное распространение воспаления в другие дольки железы, поражая 2 и более квадрантов.



Воспалительный процесс молочной железы может ограничиваться воспалением млечных протоков (галактофорит). При переходе процесса на ткань железы могут последовательно наблюдаться фазы серозного и гнойного воспаления с выраженными деструктивными изменениями.

Фаза серозного воспаления

Ткань железы пропитывается серозной жидкостью, скопление лейкоцитов вокруг сосудов.

Диагноз лактационного мастита не труден, заболевание начинается остро. На фоне лактостаза появляются распирающие боли в молочной железе, гиперемия и местный жар, распространяющиеся на всю железу. Железа уплотняется, при пальпации болезненна, очаговых изменений нет. Симптомы общей интоксикации: лихорадка ($38-39^{\circ}\text{C}$), озноб, слабость.

Дифференциальная диагностика острого застоя молока (лактостаз) и серозного мастита.

Признаки	Лактостаз	Серозный мастит
Начало	Постепенное, прилив молока (3-5 день).	Острое (озноб, высокая $t^{\circ}\text{C}$ тела), часто после лактостаза.
Состояние больного	Страдает незначительно.	Ухудшение общего состояния (слабость, головная боль, озноб, потливость, разбитость).
Жалобы	Тяжесть и напряжение в железе, которые постепенно $>$.	Резкая локальная болезненность в железе.
t° тела	У большинства в пределах N , у 15-20% $>$ до $38-39^{\circ}\text{C}$ «молочная лихорадка», после сцеживания молока N .	Высокая. Симптомы интоксикации.
Локализация	Часто двусторонняя.	Односторонняя.

Дифференциальная диагностика острого застоя молока (лактостаз) и серозного мастита.

Признаки	Лактостаз	Серозный мастит
Окраска кожи	Обычная.	В области воспаления гиперемизированная.
При пальпации (локально)	В одной или нескольких долях уплотнение соответствует их контурам, подвижное, с четкими границами, безболезненное. При надавливании на него молоко отделяется свободно.	Определяются болезненные участки уплотнения железистой ткани без четких границ, мягкоэластической консистенции. При сцеживании молоко выделяется с трудом, улучшение не наступает.
Анализ крови	В пределах N.	Лейкоцитоз, нейтрофилез, > СОЭ, снижение Нв, эритроцитов.
Бактериологическое исследование молока из обеих молочных желез	Отрицательное.	Слабо положительная на стороне поражения.
Проба с диагностикумом «Диана» и с димастином	Отрицательная.	Слабо положительная.

Инфильтративная форма лактационного мастита

При неэффективном лечении серозная форма мастита быстро переходит (1-3 дня) в инфильтративную. Усиление общих и местных явлений: температура тела постоянно высокая или гектическая, нарастают признаки интоксикации. Инфильтрат при пальпации плотный, резко болезненный, кожа над ним отечная, красная. Длительность этой стадии – 5-10 дней. Если инфильтрат не рассасывается происходит его нагноение.

Нередко процесс – переход из серозной формы мастита в инфильтративную, а затем в гнойную, происходит в течение 3-5 дней.

Для гнойного мастита характерны:

Высокая $t^{\circ}\text{C}$ тела (38°C и выше), озноб, слабость, резкая болезненность в пораженной железе, усиливающаяся при пальпации и сцеживании молока. Очертания и форма железы меняется в зависимости от локализации и распространенности процесса, кожа ее резко гиперемирована, пастозна. Отмечается размягчение и флюктуация.

Как правило, гнойный мастит сопровождается развитием подмышечного лимфаденита и лактостаза в соседних с гнойным очагом тканях.

При флегманозном мастите

Молочная железа резко увеличена в размерах, кожа ее отечная, блестящая, гиперемирована с синюшным оттенком. Общее состояние больного тяжелое, $t_{\text{тела}}$ 40-41⁰С, потрясающий озноб, выраженные симптомы интоксикации.

В редком случаях при гнойном мастите вследствие воспаления и тромбирования сосудов наступает некроз отдельных участков железы, развивается гангренозная форма мастита. Состояние больного крайне тяжелое, постоянная лихорадка до 40°C и выше, пульс 110-120 в минуту, слабого наполнения. Молочная железа увеличена, отечная, болезненная, пастозная. Кожа бледно-зеленого или сине-багрового цвета, местами покрыта пузырями, имеются зоны некроза. Сосок втянут, молоко отсутствует.

Для уточнения стадии воспалительного процесса и наличия абсцедирования выполняют УЗИ (гипоэхогенные зоны), пункцию железы толстой иглой.



Лечение

При остром застое молока:

- Придают железе возвышенное положение (с помощью мобилизирующих повязок, бюстгалтера). Не сдавливать молочную железу!
- Опорожняют железу (кормление грудью, молокоотсос, сцеживание);
- Ограничивают прием жидкости;
- Назначают окситоцин и но-шпу.

Лечение

При остром лактационном мастите:

При серозном и инфильтративном мастите:

- Возвышенное положение железы (повязка или лифчик);
- Сцеживание молока, кормление грудью (при серозном мастите);
- Физиотерапевтические процедуры (УФ-облучение, УВЧ);
- Антибиотики: полусинтетические пенициллины, аминогликозиды (чувст. 93-97%) и цефалоспорины II-III поколения (чувст. 83-91%), (это лечение маститов, обусловленных госпитальной инфекцией акушерских стационаров, преимущественно госпитальных штаммов золотистого стафилококка).

После операций в хирургических стационарах происходит контаминация ран с госпитальными штаммами грамотрицательных микроорганизмов (чаще всего протеем, клебсиеллой, кишечной палочкой, палочкой синезеленого гноя и др.). Следует сразу же проводить комбинированную антибиотикотерапию с использованием полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов.

Через неделю п/о, больше чем у $\frac{1}{2}$ больных микрофлора ран становится малочувствительной к применяемым антибиотикам, назначаются другие препараты: цефалоспорины с метронидазолом.

Дальнейшая коррекция введения антибиотиков контролируется бактериологическим исследованием гнойной раны.

Пути введения антибиотиков – парентерально. Ряд авторов (В.И. Стручков и соавт., 1984; Н.А. Бубнова, 2001; В.Н. Гостищев, 2001) рекомендуют проводить ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками и хемотрипсином (150-200 мл 0,25% раствор новокаина + антибиотик + хемотрипсин).

Хорошие результаты получены при введении антибиотиков в лактирующую молочную железу через один из магистральных протоков железы путем его канюляции (ретроградно) (Ю.А. Спесивцев, 2003).

Регуляция лактации

Применяется парлодел (стимулятор дофаминовых рецепторов, подавляющий секрецию пролактина).
Назначаются: $\frac{1}{2}$ (0,0025) табл. 2 раза в сутки в течение 2-3 дней, затем по 1 табл. 2 раза в день.

Иммуноterapia больных с гнойным лактационным маститом.

Традиционная специфическая иммуноterapia больных с гнойной инфекцией стафилококковой этиологии заключается в пассивной иммунизации больных путем введения готовых донорских антител в виде гипериммунной антистафилококковой плазмы (ГИАСП), нормальных иммуноглобулинов и антистафилококкового γ -глобулина.

Установлено, что использование антистафилококкового γ -глобулина и ГИАСП эффективно только при нарушениях в В-лимфоцитарном звене иммунитета. Не происходит улучшения функции Т-лимфоцитов и активности фагоцитирующих клеток. При низком уровне фагоцитоза введение ГИАСП мало эффективно.

Кроме того, при нерадикально выполненной операции введение больших доз иммуноглобулинов может способствовать бурному прогрессированию деструкции.

Другие недостатки: техническая сложность получения препарата, его дороговизна, побочные эффекты и осложнения (от 5 до 15%), эмпирический подход к введению препарата и отсутствие должного контроля эффективности лечения.

В настоящее время для коррекции иммунодефицита при гнойной инфекции, в том числе и при гнойном лактационном мастите широко применяется лейкоцитарная взвесь (полинуклеарные лейкоциты), полученная от доноров крови неиммунизированных и иммунизированных стафилококковым анатоксином.

Лейкоцитарная взвесь переливается в объеме от 200 до 600 мл. одно-, двух- и трехкратно через 1-2 дня.

«Клинико-иммунологическая диагностика и иммунотерапия гнойной хирургической инфекции». Методические рекомендации Ин-та хирургии им. А.В. Вишневского и НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР. М., 1985г.

Принципы хирургического лечения гнойных форм лактационного мастита.

Основа хирургического лечения гнойного мастита — первичная радикальная хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО).

Основные требования:

- Выбор оптимальных сроков вмешательства и вид обезболивания;
- Определение объема и характера предстоящей операции;
- Применение рационального доступа в зависимости от объема, локализации, формы поражения;
- Объем первичной ХОГО;

Основные требования:

- Определение характера дренирования раны и сроков наложения швов;
- Сроки вмешательства: в стадии «раннего абсцедирования», т.е. через 2-3 дня безуспешного консервативного лечения и прогрессирования воспаления;
- Выбор обезболивания – общее обезболивание, предпочтительнее – внутривенный наркоз или ингаляционный;
- Выбор доступа к очагу инфекции.

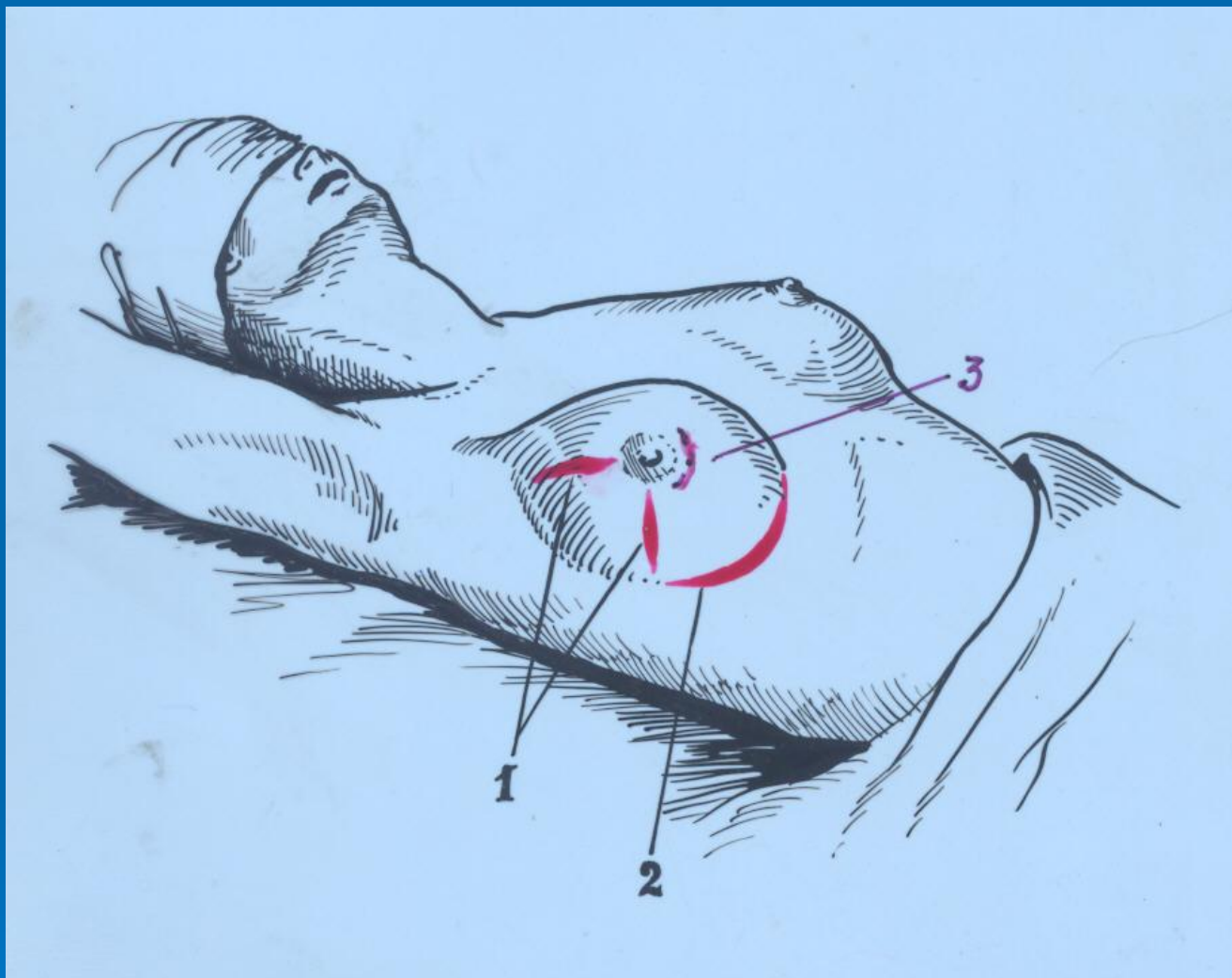


Рис. 2 Разрезы при мастите

1. разрез при интрамаммарном гнойнике с контрапертурой;
2. овальный разрез под железой при ретромаммарном гнойнике (по Барденгейеру);
3. параареолярный при субареолярном.

Большинство хирургов при интрамаммарном мастите используют радиальный разрез по Ангереру, при ретромаммарном – овальный разрез под железой (по Барденгейеру), при субареолярном абсцессе – параареолярный.

В последние годы при локализации гнойников в нижней половине железы или в ее боковых отделах (при субтотальных или тотальных поражениях) стали применять дугообразные разрезы в проекции нижнего полюса гнойника (разрез по Мостковому).

При радикальной операции выполняют иссечение нежизнеспособных и инфильтрированных тканей в пределах здоровых тканей, до появления капиллярного кровотечения.

По окончании операции гнойную рану обрабатывают пульсирующей струей, лучами лазера, низкочастотной ультразвуковой кавитацией и накладывают первичный шов в условиях постоянного аспирационного, проточного, аспирационно-проточного дренирования раны.

Первичный шов обычно рекомендуют накладывать у больных с ограниченными формами заболевания после радикальной хирургической обработки очага гнойной деструкции в объеме секторальной резекции железы.

При сомнении в жизнеспособности тканей раны первичный шов не накладывают. В подобной ситуации рекомендуется применять первично-отсроченные или ранние вторичные швы.

Большинство хирургов в лечении гнойного мастита в настоящее время придерживается тактики двухэтапного лечения.

На первом этапе выполняют радикальную ХОГО. При наличии нескольких интрамаммарных абсцессов каждый из них вскрывают отдельно. При показаниях накладывают контрапуртуры. Рану ведут открыто с применением мазей на водорастворимой основе, растворов иодофоров или дренирующих сарбентов назначают антибактериальную терапию. Ежедневно делают перевязки, контролируют и направляют в нужное русло раневой процесс.

Через 5-7 дней после операции, когда стойко купируются воспалительные изменения в ране, снижается ее обсемененность ниже критического уровня, полость частично заполняется грануляциями, выполняют второй этап операции – кожную пластику раны местными тканями. Остаточную полость ликвидируют наложением глубоких швов из рассасывающих нитей. Рану дренируют сквозным перфорированным дренажом, выведенным через контрапертуры. Дренаж подсоединяют к пневмоаспиратору, удаляют его обычно на 3 сутки. Рекомендуют рыхло дренировать и марлевыми дренажами с резиновыми полосками.

Рис. 3
Нелактационный
субареолярный
абсцесс

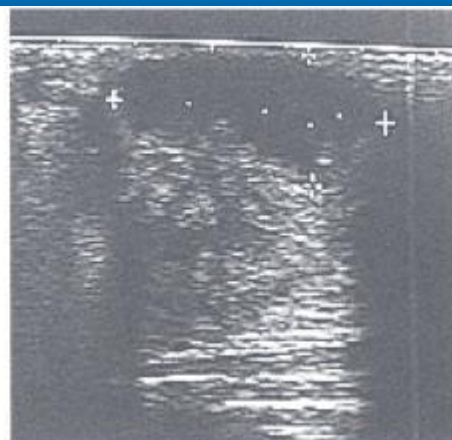


Рис. 4 УЗИ
молочной железы:
гипоэхогенная зона
ткани молочной
железы (абсцесс) с
инфильтрацией
окружающих тканей

Рис. 5 УЗИ
подмышечной
области: регионарный
неабсцедирующий
лимфаденит
(обозначен стрелкой)

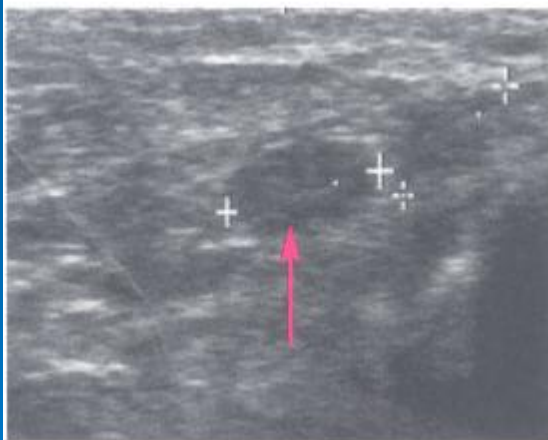


Рис. 6 При
вскрытии гнойного
очага молочной
железы
параареолярным
доступом получено
обильное
количество гноя

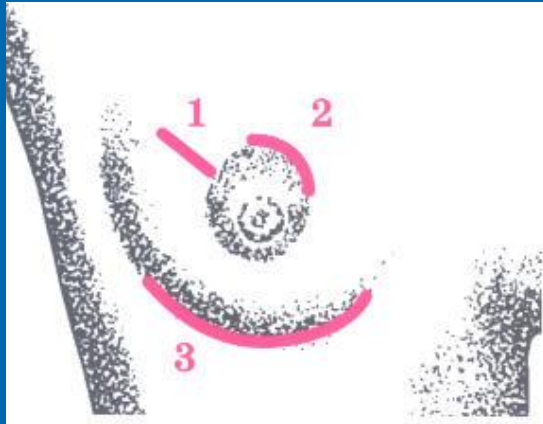


Рис. 7 Доступы к гнойным очагам молочной железы, наиболее часто используемые при мастите: 1 – радиальный разрез по Angerer, 2 – парареолярный доступ, 3 – доступ по Bardengheuer.

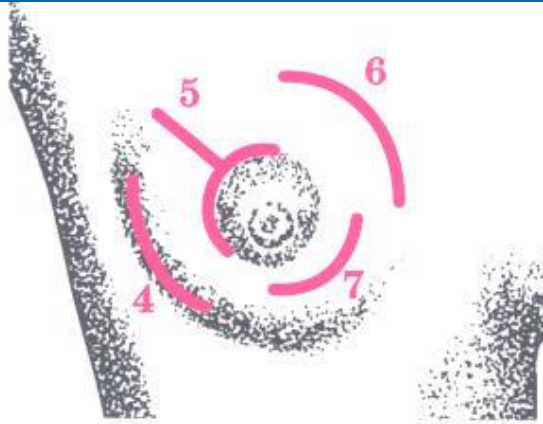


Рис. 8 Редко используемые доступы к гнойным очагам молочной железы: 4- по Мостковому, 5 – комбинированный ракеткообразный, 6 – доступ Геннига, 7 – доступ Ровнинского.



Рис. 9 Использование доступа по Барденгейеру у больной с флегмонозной формой лактационного гнойного мастита.



Рис. 10
Интрамаммарный
лактационный
мастит,
локализующийся
в верхне-
внутреннем
квадранте.



Рис. 11
Вскрытие
гнойного очага
молочной
железы
радиальным
доступом по
Angerer.



Рис. 12
Лейкопластырное
сведение краев
раны после
разрешения
острого
воспаления – один
из способов
закрытия
небольших
линейных ран
молочной железы.



Рис. 13 Гнойный
лактационный
мастит,
занимающий
медиаьные
квадранты
молочной железы,
у больной 27 лет.



Рис. 14 Кожная
пластика дефекта
молочной железы
по J.Zoltan,
дренирование
раны.



Рис. 15
Ближайший
результат
хирургического
лечения (9-е
сутки).

Рис. 16
Интрамаммарный
гнойный
лактационный мастит
у больной 17 лет с
беременностью 24
нед.



Рис. 17 Рана
молочной железы на
5-е сутки после
ХОГО.



Рис. 18 Первично-
отсроченная кожная
пластика (на 6-е
сутки) молочной
железы с
применением
внутрикожного шва,
дренированием раны.



Рис. 19 Конечный
результат лечения
гнойного
лактационного
мастита с хорошим
косметическим
эффектом (10-е сутки
после операции).





Рис. 20
Нелактационный
субареолярный
гнойный мастит
у больной 23
лет.



Рис. 21 Рана
после ХОГО
молочной железы
параареолярным
доступом.



Рис. 22 Конечный
результат лечения на
12-е сутки после
первично-
отсроченной кожной
пластики молочной
железы с
применением
внутрикожного шва.



Рис. 23 Двусторонний
лактационный мастит. Раны
после ХОГО молочных желез
параареолярным и
радиальным доступом.



Рис. 24 Результат лечения
после пластики молочных
желез.



Рис. 25 Гнойный субареолярный нелактационный мастит.



Рис. 26 Этап операции: гнойный очаг вскрыт, из раны поступает обильное зловонное гнойное отделяемое (*E.Coli* + *B.fragilis*).



Рис. 27 Гнойное отделяемое эвакуировано, произведена радикальная ХОГО из параареолярного доступа.

Рис. 28 Гранулирующая рана молочной железы перед пластикой на 7-е сутки после ХОГО.



Рис. 29 Рана ушита наглухо внутрикожным швом.

Рис. 30 Анаэробный (гангренозный) неклостридиальный нелактационный мастит, осложненный флегмоной грудной клетки, у больной 72 лет, страдающей СД II типа.

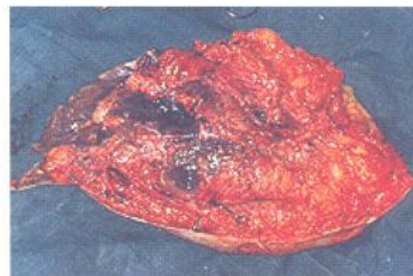


Рис. 31 Макропрепарат, удаленной молочной железы.

Рис. 32 Обширная рана грудной клетки после ХОГО с мастэктомией.

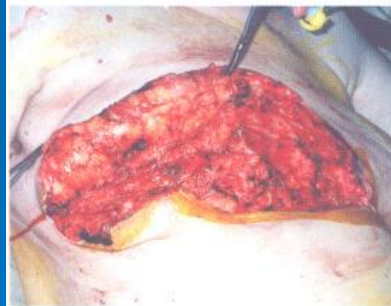


Рис. 33 Вид раны на 11-е сутки после ХОГО. Сформировались вторичные некрозы.

Рис. 34
Обширная
гранулирующая
рана грудной
клетки площадью
690 см² перед
пластикой на 21-е
сутки после ХОГО.

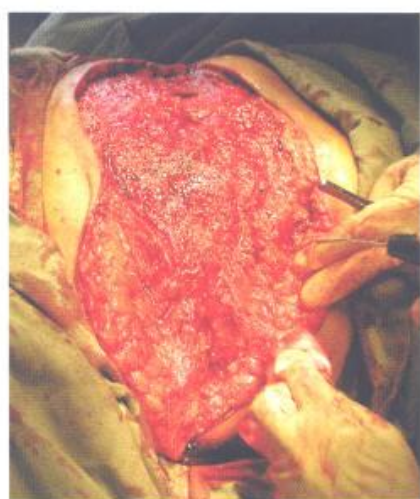


Рис. 35 Этап
операции:
кожно-жировые
лоскуты
грудной клетки
широко
мобилизованы.

Рис. 36
Вторичная кожная
пластика
местными тканями;
дренирование
раны.



Рис. 37 Вид раны
на 12-е сутки после
пластики. Рана без
воспалительных
изменений,
заживает
первичным
натяжением.

Рис. 38 Гигантская злокачественная опухоль правой молочной железы с обширным изъязвлением, гнойным воспалением и распадом ($T_4 N_x M_0$).



Рис. 39 Обширная раневая поверхность грудной стенки (720 cm^2) после ХОГО в объеме простой мастэктомии справа.



Рис. 40 Закрытие обширного раневого дефекта перемещением местных кожно-жировых лоскутов, дренирование раны.



Рис. 41 Результат лечения на 15-е сутки. Рана зажила первичным натяжением.



Рис. 42 Та же больная: вид послеоперационной раны сбоку.

Профилактика лактационных маститов

Основные меры:

- Подготовка соска к кормлению во время беременности (уменьшает вероятность появления трещин);
- Гигиена молочной железы (мытьё железы с мылом перед кормлением, обработка трещин соска антисептиками);
- Рациональный режим кормления (регулярное кормление, сцеживание после кормления) – профилактика лактостаза;
- Уменьшение травматичности родов;
- Повышение сопротивляемости организма (полноценное питание, витаминотерапия и др.);
- Санация очагов эндогенной инфекции;
- Профилактика госпитальной инфекции.

Нелактационный гнойный мастит (НЛГМ)

Встречается в 4 раза реже лактационного.

Причины возникновения:

- Травма молочной железы;
- Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки;
- Фиброзно-кистозная мастопатия;
- Доброкачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, интрадуктальная папиллома);
- Злокачественные новообразования;
- Имплантация инородных синтетических материалов.

Бактериологический спектр (НЛГМ) разнообразен:

- Бактерии семейства Enterobacteriaceae, *Pseudomonas aeruginosa* (20%);
- Неклостридиальная анаэробная инфекция в ассоциации с золотистым стафилококком.

При НЛГМ клиника более стертая. УЗИ помогает выявить исходную патологию и фазу развития мастита.

Лечение только оперативное.

При нелактационном мастите на фоне фиброзно-кистозной мастопатии, фибро-аденомы выполняют секторальную ре-зекцию.

Во всех случаях мастита необходимо производить гистологическое исследование удаляемых тканей для исключения злокачественных новообразований и других заболеваний молочной железы.

«Хорошим можно назвать лишь такое лечение, при котором быстро ликвидируется гнойный процесс и сохраняется функциональная пригодность молочной железы» В.Ф. Войно-Ясенецкий (1946).