

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Утверждаю
Руководитель направления подготовки
31.08.67 «Хирургия»
Владимирова О.В.
«29» августа 2024 год

**Методические рекомендации к лекциям для ординаторов
по дисциплине**

31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Модуль 3 «Гнойная хирургия»

Тема 6. Острый мастит.

Лекция № 16 Острый мастит. Патогенез. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

Методические рекомендации
обсуждены и одобрены на совместном заседании кафедр госпитальной хирургии
(зав.кафедрой Айдемиров А.Н.), хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии
и ангиологии (зав.кафедрой Байчоров Э.Х.), факультетской хирургии (и.о. зав. кафедрой
Печенкин Е. В.), общей хирургии (зав. кафедрой Лаврешин П.М.)
«29» августа 2024 год,
протокол № 1

Ставрополь, 2024

Модуль 3 «Гнойная хирургия»

Тема 6. Острый мастит

Лекция № 16 Острый мастит. Патогенез. Диагностика. Клиника. Методы лечения.

Цели, задачи, компетенции

Цели и задачи – Подготовка квалифицированного врача-специалиста хирурга, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности врача-хирурга.

Требования к результатам освоения дисциплины

формируемые компетенции:

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции:

- *профилактическая деятельность:*
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя проведение пропаганды здорового образа жизни при общении с родственниками и близкими пациентов, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний среди населения, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- *диагностическая деятельность:*
 - готовность к определению у пациентов транзиторных и патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- *лечебная деятельность:*
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- *реабилитационная деятельность:*
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- *психолого-педагогическая деятельность:*
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- *организационно-управленческая деятельность:*
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Вопросы, рассматриваемые на лекции:

1. Понятие об остром мастите.
2. Современная классификация
3. Основные клинические признаки.

4. Методы диагностики и лечения острого мастита.

Основная литература:

Основная литература:

1. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425749.html>
2. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст]: учеб. пособие / Н. Ю. Коханенко, Н.В.Ананьев, Э.Л. Латария, Г.А. Белый [и др.] ; под ред. В.В. Левановича. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 288 с.
4. Хирургия печени [Текст]: рук. /Б. И. Альперович. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Хирургия: учебник/ Ковалев А.И. 2014-576 с.: ил
6. Военно-плевая хирургия: учебник/ под ред. Е. К. Гуманеко 2-е изд., испр. И доп. 2015. - 768 с. : ил.
7. Детская хирургия: учебник / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014-1040с.: ил.

Дополнительная литература:

1. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы Выездного пленума Проблемной комиссии "Неотложная хирургия" и Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию научного хирургического общества и 20-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на Кавказских Минеральных Водах. Пятигорск 6-7 октября 2011 года [Текст] / под ред. А.С. Ермолова. - Пятигорск : РИА-КМВ, См. след. карт. 2 2011. - 324 с. :
2. Лапароскопическая хирургия [Текст] : атл. / под ред. Т. Н. Паппаса, А. Д. Приор, М. С. Харниша ; пер. с англ. под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с.
3. Эфферентная терапия в хирургической клинике [Текст] / А.Г. Рожков, В.И. Карандин. - М.: Миклош, 2010. - 256 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

Мастит – воспалительный процесс в тканях молочной железы. Проявляется сильными распирающими болями в груди, набуханием, уплотнением, покраснением кожи железы, резким подъемом температуры тела, ознобом. Диагностируется мастит при визуальном осмотре маммологом, дополнительно возможно проведение УЗИ молочной железы. Заболевание может привести к образованию гнояника, абсцесса, флегмоны, некроза в молочной железе, развитию сепсиса и даже летального исхода. В случае микробного обсеменения молока кормление грудью придется прекратить. В отдаленном периоде может возникнуть деформация молочной железы, повышается риск развития мастопатии и рака груди.

Мастит — воспаление ткани молочной железы. Мастит возникает в результате инфицирования молочной железы бактериями. Проявляется набуханием железы, увеличением в размере, болезненности и повышении чувствительности, покраснением кожи и повышением температуры. Заболеваемость маститом среди кормящих матерей колеблется в пределах от 1% до 16% в зависимости от региона. В среднем этот показатель равен 5% кормящих женщин, и меры по снижению заболеваемости на протяжении последних лет пока что малоэффективны. Подавляющее большинство (85%) женщин, болеющих маститом – первородящие (или впервые осуществляющие грудное вскармливание). Это связано с более высокой частотой развития застоя молока в связи с неумелым сцеживанием. Женщины старше тридцати, которые не впервые кормят грудью, болевают маститом, как правило, в результате пониженных защитных свойств организма в связи с тем или иным сопутствующим хроническим заболеванием. В таких случаях симптоматика мастита сопровождается клиническими проявлениями основного заболевания.

Чаще всего мастит вызывается стафилококковой инфекцией. Но при имеющемся в организме женщины источнике бактериальной флоры (инфекции дыхательной системы, ротовой полости, мочевыводящих путей, половых органов) мастит может вызываться ей. Иногда молочная железа инфицируется кишечной палочкой. Бактерии попадают в молочную железу с током крови и по млечным протокам.

Чаще всего мастит развивается как результат продолжительного патологического лактостаза (застоя молока в железе). При длительном отсутствии оттока молока из какой-либо области молочной железы там формируется благоприятная среда для размножения бактерий, развивающаяся инфекция провоцирует воспалительную реакцию, лихорадку, нагноение.

Классификация мастита

Мастит различают по характеру имеющегося воспалительного процесса: серозный, инфильтративный, гнойный, абсцедирующий, гангренозный и флегмонозный мастит. Серозный, инфильтративный и гнойный маститы представляют собой последовательные стадии воспалительного процесса в ткани железы от образования набухшего участка серозного воспаления, до формирования инфильтрата и развития гнойного процесса.

При абсцедирующем мастите гнойный очаг локализован и ограничен, флегмонозный мастит характеризуется распространением гнойного воспаления по ткани железы. При продолжительном течении или ослабленных защитных силах организма воспаленные ткани железы некротизируются (гангренозный мастит). Выделяют клинические виды мастита: наиболее распространенный - острый послеродовой мастит, плазмноклеточный мастит и мастит новорожденных.

Симптомы мастита

Острый послеродовой мастит – это чаще всего воспалительное осложнение лактостаза у кормящих матерей. Иногда развивается без предшествования выраженных признаков застоя молока. Проявляется появлением болезненного уплотнения в молочной железе, покраснением и увеличением температуры кожи в области уплотнения, лихорадкой и общими симптомами интоксикации. При прогрессировании боль усиливается, грудь увеличивается, становится горячей на ощупь. Кормление и сцеживание резко болезненно, в молоке может обнаруживаться кровь и гной. Гнойный мастит часто прогрессирует с развитием абсцесса молочной железы.

Плазмноклеточный мастит представляет собой редкое заболевание, развивающееся у неоднократно рожавших женщин старшего возраста после прекращения лактации. Характеризуется инфильтрацией плазматическими клетками тканей под соском и гиперплазией эпителия выводящих протоков. Такой мастит не нагнаивается и имеет некоторые общие внешние черты с раком молочной железы.

Мастит новорожденных – довольно часто возникающее состояние у детей обоих полов, проявляется набуханием молочных желез, выделениями при надавливании на них (как правило, является результатом остаточного действия половых гормонов матери). При развитии острого гнойного воспаления и образовании абсцесса производят хирургическую санацию гнойного очага, но чаще всего симптоматика стихает через три-четыре дня.

Диагностика мастита

Очаг воспаления в молочной железе определяется пальпаторно. Также отмечается увеличение (иногда умеренная болезненность при пальпации) подмышечных лимфоузлов со стороны пораженной груди. Нагноение характеризуется определением симптома флюктуации.

При проведении УЗИ молочных желез обнаруживается типичная картина воспаления молочной железы. Серозный мастит характеризуется сглаживанием эхографической картины дифференцированных структур железы, расширением млечных протоков, утолщением кожи и подкожной клетчатки. Инфильтрат в молочной железе выглядит как хорошо очерченная ограниченная зона сниженной эхогенности, при прогрессировании возникает картина «пчелиных сот». Хорошо визуализируется при УЗИ формирование абсцессов, и выявляются зоны некроза. Специфичность и достоверность методики достигает 90%.

Поскольку диагностика мастита, как правило, не вызывает сложностей, маммографию обычно не проводят. При сомнительной ультразвуковой картине для гистологического исследования берут аспират (тонкоигольная аспирационная биопсия молочной железы под контролем УЗИ). Для бактериологического исследования можно взять молоко из пораженной железы.

В случае вялого течения воспаления и в результате формирования вокруг него валика фиброзной ткани (сумкования очага) говорят о развитии хронического мастита. При этом клинические проявления обычно слабо выражены, но при пальпации определяется плотный малоподвижный, спаянный с кожей очаг.

Лечение мастита

При малейшем подозрении на развитие воспаления в молочной железе необходимо срочно обратиться к врачу маммологу, поскольку в лечении этого заболевания очень важно своевременное выявление и незамедлительное принятие мер к устранению причины мастита и подавлению инфекционного процесса. Самолечение или затягивание с обращением к специалисту недопустимо, поскольку воспаление молочной железы склонно к прогрессированию,

формированию нагноения и абсцедированию. В случае развития гнойного мастита необходимо оперативное лечение.

При выявлении мастита на стадии серозного воспаления или инфильтрата проводят консервативное лечение мастита. Назначается антибиотикотерапия с применением сильно действующих средств широкого спектра действия. Серозный мастит при этом, как правило, проходит через 2-3 дня, для рассасывания инфильтрата может потребоваться до 7 дней. Если воспалению сопутствует выраженная общая интоксикация, проводят дезинтоксикационные мероприятия (инфузия растворов электролитов, глюкозы). При выраженной избыточной лактации назначают средства для ее подавления.

Гнойные формы мастита, как правило, требуют хирургического вмешательства. Развившийся абсцесс молочной железы является показанием к экстренной хирургической санации: вскрытию мастита и дренированию гнойного очага.

Прогрессирующий мастит вне зависимости от его стадии является противопоказанием к дальнейшему вскармливанию (в том числе и здоровой грудью), поскольку грудное молоко, как правило, инфицировано и содержит токсические продукты распада тканей. Для ребенка патологически измененное грудное молоко может стать причиной развития дисбактериоза и расстройства функционального состояния пищеварительной системы. Поскольку терапия мастита включает антибиотики, кормление в этот период так же не безопасно для младенца. Антибиотики могут заметно повредить нормальному развитию и росу органов и тканей. Во время лечения мастита можно сцеживать молоко, пастеризовать и только после этого давать ребенку.

Показания к подавлению лактации: отсутствие динамики при серозном и инфильтративном мастите не протяжении трех суток антибиотикотерапии, развитие гнойной формы, сосредоточение воспалительного очага непосредственно под соском, имеющийся гнойный мастит в анамнезе матери, сопутствующие патологии органов и систем, значительно ухудшающие общее самочувствие матери.

Профилактика мастита

Меры профилактики мастита совпадают с мерами профилактики лактостаза, поскольку это состояние является предшественником мастита в подавляющем большинстве случаев.

Для профилактики застоя молока необходимо полное тщательное опорожнение молочных желез: регулярное кормление и последующее сцеживание остатков молока. Если ребенок наедается молоком из одной груди, в следующее кормление его сначала прикладывают к нетронутой в прошлый раз железе.

Не стоит позволять ребенку просто посасывать грудь для успокоения, без высасывания молока. Способствуют развитию воспаления молочной железы трещины на сосках, поэтому необходимо готовить соски к кормлению, тщательно соблюдать гигиенические правила (чистые руки, грудь), правильно прикладывать младенца к груди (ребенок должен захватывать ртом сосок целиком, вместе с ареолой).

Одной из профилактических мер развития мастита можно назвать своевременное выявление и санацию очагов инфекции в организме, однако стоит помнить, что общая антибактериальная терапия при лактации противопоказана.