**Мастит**

Мастит - неспецифическое воспаление молочной железы. Чаще возникает в период лактации. Важное значение имеет застой молока, входными воротами инфекции являются трещины соска и околососкового поля. Возбудителем обычно является золотистый стафилококк нередко в сочетании с другой кококковой флорой и кишечной палочкой, протеем.

Симптомы, течение. Лактационный мастит чаще возникает на 1 месяце первой беременности. На фоне уменьшения выделения молока появляются выраженная боль в железе, повышение температуры тела, озноб. Молочная железа нагрубает, становится болезненной, в ряде случаев появляется гиперемия кожи. Острый мастит следует дифференцировать от так называемой молочной лихорадки, обычно развивающейся на 3-5-й день после родов и обусловленной застоем молока, которое, претерпевая процесс обратного всасывания, приобретает пирогенные свойства. При этом обычно нет инфильтрации ткани железы. Если через 2-3 дня инфильтрат в молочной железе не рассасывается, происходит его абсцедирование. Различная локализация гнойника обусловливает особенности клинической картины мастита.

Антемаммарный абсцесс обычно небольших размеров, флюктуация клинически выявляется рано, диагноз несложен. Интрамаммарный гнойник сопровождается выраженными явлениями общей интоксикации, сильным болевым синдромом. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, определяется значительных размеров болезненный инфильтрат. Флюктуация - поздний симптом. Интрамаммарный мастит нередко сопровождается развитием нескольких гнойных полостей в ткани молочной железы, оперативное лечение при этом

значительно затруднено. Ретромаммарный абсцесс: выраженная интоксикация, высокая температура, озноб, боль в железе, усиливающаяся при движениях рукой. Местно железа как бы приподнята, отмечается болезненность при пальпации железы, особенно при ее смещении. Гиперемии кожи и флюктуации нет. Раннее выявление заболевания затруднено.

Лечение мастита должно быть особенно энергичным на ранних стадиях, чтобы предотвратить гнойное расплавление ткани железы: полный покой, приподнятое положение железы, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспори-ны, тетрациклин), сцеживание молока. Кормление ребенка больной грудью можно продолжать только при локализации небольшого инфильтрата на периферии железы при отсутствии общей антибиотикотерапии. При развитии гнойного расплавления паренхимы показано оперативное вмешательство; операцию целесообразно выполнять под общим обезболиванием. Цель операции-разрез и эвакуация гноя, некрэктомия, обеспечение надежного дренирования.

Операционные разрезы: при субареолярном небольшом гнойнике - разрез по краю околососкового поля, Интрамаммарный абсцесс лучше вскрывать радиарным разрезом, рет-ромаммарный - разрезом по субмаммарной складке.

При небольших размерах гнойника возможно иссечение его с прилегающими воспалительно измененными тканями по типу секторальной резекции с активным дренированием раны двухпросветным дренажем и ушиванием наглухо.

Прогноз в большинстве благоприятный. Однако после операций остаются рубцы, часто обезображивающие и деформирующие молочную железу.

Самая тяжелая форма мастита - гнилостный, или гангренозный мастит.

Гнилостный мастит. Инфекция имеет тенденцию к быстрому распространению в связи с присоединением тромбоза сосудов, нарушением кровоснабжения и прогрессированием некроза ткани железы, жировой клетчатки и кожи. Состояние больной крайне тяжелое, нередко развивается печеночная недостаточность на фоне интоксикации, сепсиса.

Лечение - ранняя операция - широкое вскрытие гнойников, иссечение зон некроза, активное дренирование раны, целесообразно использование гипербарической оксигенации, локальных изоляторов с управляемой абактериальной средой. Массивная антибиотикотерапия. При прогрессировании процесса показано удаление железы (мастэктомия).

Прогноз серьезный.

Осложнения мастита:сепсис,субпекторальнаяфлегмона.

Острый нелактационный мастит возникает довольно редко, обычно после 40 лет. Необходим тщательный дифференциальный диагноз с маститоподобным раком молочной железы. В ходе оперативного лечения иссекают часть стенки абсцесса для гистологического исследования.

В ряде случаев в молочной железе возникают жировые некрозы, обусловленные местной травмой. Зона некроза располагается в непосредственной близости к коже, сопровождается болезненным уплотнением с нечеткими контурами, может быть флюктуация, температура чаще нормальная. В анамнезе - травма молочной железы. Необходима цитологическая диагностика для исключения рака.

Лечение: секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием. Прогноз благоприятный.

Хронический мастит чаще является проявлением туберкулезного поражения. Образуется в результате гематогенного диссеминирования заболевания. В ткани молочной железы образуются инфильтраты, которые часто вскрываются самостоятельно с образованием свищей с торпидным течением. Необходим дифференциальный диагноз с актиноми-козом и раком.

Лечение: массивное общее и местное лечение туберкулостатиками. Прогноз зависит от основного заболевания.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>