

С. А. Алексеев, О. В. Попков, В. А. Гинюк, П. П. Кошевский

## ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*Лактационный мастит – воспаление молочной железы в послеродовом периоде на фоне лактации. Обычно заболевание возникает в первые 2–3 недели после родов. Значительно чаще мастит встречается у первородящих женщин. На протяжении длительного времени заболеваемость маститом сохраняется высокой и не имеет тенденции к снижению. Около 5% маститов у женщин не связаны с беременностью и родами. Как правило, нелактационные маститы развиваются у женщин в возрасте от 15 до 60 лет.*

**Ключевые слова:** острый гнойный мастит, причины возникновения, классификация, хирургическое лечение, профилактика.

S. A. Alekseev, O. V. Popkov, V. A. Ginyuk, P. P. Koshevsky

## ACUTE PURULENT LACTATION MASTITIS AND PECULIARITIES OF ITS SURGICAL TREATMENT

*Lactational mastitis is an inflammation of the mammary gland in the postpartum period against lactation. Usually the disease occurs in the first 2–3 weeks after delivery. Mastitis is more common in primiparous women. For a long time the incidence of mastitis remains high and has no tendency to decrease. About 5% of mastitis in women is not associated with pregnancy and childbirth. As a rule, non-lactational mastitis develops in women aged 15 to 60 years.*

**Key words:** acute suppurative mastitis, causes of occurrence, classification, surgical treatment, prevention.

**Этиология.** Возбудителем гнойного мастита в 90,8% случаев является золотистый стафилококк. Молочные железы обычно инфицируются в родильном стационаре, где стафилококк может длительно (до 130 дней) сохранять свою вирулентность в воздухе, на белье и различных предметах. Входными воротами могут быть устья молочных протоков, реже – трещины и эскориации сосков. При сочетании значительного обсеменения молочной железы патогенной микрофлорой с какими-либо неблагоприятными факторами (лактостаз, снижение иммунологической реактивности организма родильниц и др.) реальна угроза развития мастита [2, 4].

**К факторам риска возникновения лактационного мастита относят:**

- недостаточное соблюдение личной гигиены;
- низкий социально-экономический уровень пациентки;
- наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (пиодермия кожных покровов, нарушение жирового обмена, сахарный диабет);
- сниженная иммунореактивность организма;
- осложненные роды;
- осложненное течение послеродового периода (раневая инфекция, замедленная инволюция матки, тромбозы вен);

- недостаточность млечных протоков в молочной железе;
- аномалии развития сосков;
- трещины сосков;
- неправильное сцеживание молока [10, 12, 13].

**Патогенез.** Лактостаз возникает при несоблюдении режима кормления ребенка грудью, недостаточном или нерегулярном сцеживании молочных желез и во всех случаях, когда сцеживание молока затруднено. В 85,8% случаев он предшествует маститу. При лактостазе количество микробов в молочных протоках увеличивается в несколько раз, одновременно нарушаются венозное кровообращение и лимфоотток в молочной железе. Если лактостаз не купирован в течение 3–4 суток, то в большинстве случаев возникает мастит. Трещины сосков выявляются у 13,5% пациенток гнойным маститом. Трещины сосков существенно нарушают функцию молочных желез, вынуждают женщин из-за боли недостаточно сцеживать их, что в свою очередь приводит к лактостазу. У всех пациенток гнойным маститом снижена реактивность иммунной системы, показатели которой восстанавливаются к 7-м суткам после родов. Однако при осложненном течении беременности или родов, а так-

же при экстрагенитальной патологии происходят еще более глубокие и длительные по времени изменения иммунной системы родильницы. Неблагоприятным фактором для нормального восстановления иммунологической реактивности является интоксикация, обусловленная развитием гнойного мастита [5, 7, 8].

#### **Классификация острого мастита**

1. По патогенезу заболевания: лактационный (послеродовой) и нелактационный.

2. По характеру воспалительного процесса: серозный, инфильтративный, гнойный (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный).

3. По локализации гноя: субареолярный; подкожный; интрамаммарный; ретромаммарный.

4. По распространенности процесса: ограниченный (1 квадрант железы); диффузный (2–3 квадранта железы); тотальный (4 квадранта железы).

Среди маститов различной этиологии на долю лактационного приходится 95–99% [2, 12].

**Клиническая картина.** Особенности клинического течения лактационного мастита в современных условиях являются:

- позднее начало (через 1 месяц после родов);
- увеличение доли стертых, субклинических форм мастита, при которых клинические проявления заболевания не соответствуют истинной тяжести процесса;
- преобладание инфильтративно-гнойной формы мастита;
- затяжное и длительное течение гнойных форм заболевания.

При лактостазе молочная железа увеличивается в объеме, пальпируются плотные увеличенные дольки с сохраненной мелкозернистой структурой. Температура тела может повышаться до 38–40 °С. Отсутствуют гиперемия кожи и отечность ткани железы, которые появляются при воспалении. После сцеживания молочной железы при лактостазе боли исчезают, пальпируются небольшого размера безболезненные дольки с четкими контурами и мелкозернистой структурой, температура тела снижается. Если лактостаз не купирован в течение 3–4 суток, то возникает мастит, так как при лактостазе количество микробных клеток в млечных протоках увеличивается в несколько раз и вследствие этого реально угроза быстрого прогрессирования воспаления [2, 7, 9, 10].

**Серозный мастит.** Заболевание начинается остро, на 2–4-й неделе послеродового периода, как правило, после выписки родильницы из акушерского стационара. Температура тела повышается до 38–39 °С, сопровождается ознобом. Появляются симптомы интоксикации (общая слабость, разбитость, головная боль). Пациентку беспокоит сначала чувство тяжести, а затем боль в молочной железе, застой молока. Молочная железа несколько увеличивается в объеме, кожа ее гиперемирована. Сцеживание молока болезненное и не приносит облегчения. При пальпации пораженной железы выявляется диффузная болезненность и умеренная инфильтрация железы без четких границ. При неадекватной терапии и прогрессировании воспалительного процесса серозный мастит в течение 2–3 дней переходит в инфильтративную форму [2, 10, 12].

**Инфильтративный мастит.** Пациентку беспокоят сильные ознобы, чувство напряжения и боль в молочной железе, головная боль, бессонница, слабость, потеря аппетита. В молочной железе пальпируется резко болезненный инфильтрат без очагов размягчения и флюктуации. Железа увеличена в размерах, кожные покровы над ней гиперемированы. Отмечается увеличение и болезненность при пальпации подмышечных лимфатических узлов. В общем анализе крови наблюдается умеренный лейкоцитоз, СОЭ повышается до 30–40 мм/ч. При неэффективном или несвоевременном лечении через 3–4 дня от начала заболевания воспалительный процесс приобретает гнойный характер [2, 10, 12].

**Гнойный мастит.** Состояние пациенток существенно ухудшается: нарастает слабость, снижается аппетит, нарушается сон. Температура тела чаще в пределах 38–49 °С. Появляются озноб, потливость, отмечается бледность кожных покровов. Усиливаются боли в молочной железе, которая напряжена, увеличена, выражены гиперемия и отечность кожи. При пальпации определяется болезненный инфильтрат. Молоко сцеживается с трудом, небольшими порциями, часто в нем обнаруживается гной [2, 10, 12].

**Абсцедирующая форма мастита.** Преобладающими вариантами являются фурункулез и абсцесс ареолы, реже встречаются интрамаммарный и ретромаммарный абсцессы, представляющие собой гнойные полости, ограниченные соединительнотканной капсулой. При паль-

пации инфильтрата отмечается флюктуация. В общем анализе крови имеет место увеличение количества лейкоцитов ( $15,0-16,0 \times 10^9/\text{л}$ ), СОЭ достигает 50–60 мм/ч, диагностируется умеренная анемия (Hb80–90 г/л) [2, 10, 12].

**Флегмонозная форма мастита.** Процесс захватывает большую часть железы с расплавлением ее ткани и переходом на окружающую клетчатку и кожу. Общее состояние тяжелое. Температура тела достигает 40 °С. Имеют место ознобы и выраженная интоксикация. Молочная железа резко увеличивается в объеме, кожа ее отечна, гиперемирована, с участками цианоза. Наблюдается резкое расширение подкожной венозной сети, лимфангит и лимфаденит. При пальпации молочная железа пастозная, резко болезненная. Определяются участки флюктуации. В общем анализе крови отмечаются лейкоцитоз до  $17,0-18,0 \times 10^9/\text{л}$ , увеличение СОЭ до 60–70 мм/ч, нарастающая анемия, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, эозинофилия, лейкопения. Флегмонозный мастит может сопровождаться септическим шоком [2, 10, 12].

**Гангренозная форма мастита.** Протекает особенно тяжело с выраженной интоксикацией и некрозом молочной железы. Общее состояние пациентки тяжелое, кожа бледная, слизистые оболочки сухие. Женщина жалуется на отсутствие аппетита, головную боль, бессонницу. Температура тела достигает 40 °С, пульс учащен (110–120 уд/мин), слабого наполнения. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, отечна, кожа над ней от бледно-зеленого до синюшно-багрового цвета, в некоторых местах с участками некроза и образованием пузырей, сосок втянут, молока нет. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. В общем анализе крови: лейкоцитоз достигает  $20,0-25,0 \times 10^9/\text{л}$ , отмечается резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ повышается до 70 мм/ч, уровень гемоглобина снижается до 40–60 г/л [2, 10, 12].

**Диагностика.** При выраженных симптомах воспаления диагностика мастита не вызывает затруднений и прежде всего основывается на характерных жалобах пациентки и результатах объективного обследования с оценкой клинической картины. Недооценка симптомов, характерных для гнойного процесса, и переоценка отсутствия флюктуации и гиперемии кожи приво-

дит к неоправданно длительному консервативному лечению гнойного мастита. Первоначально температура тела у таких пациенток высокая. У многих определяется гиперемия кожи и выраженный отек молочной железы. Эти признаки воспалительного процесса купируются назначением антибиотиков. При этом температура тела становится нормальной в течение дня или несколько повышается к вечеру. Местные признаки гнойного воспаления не выражены или отсутствуют. Молочная железа остается умеренно болезненной. При пальпации определяется инфильтрат, сохраняющий прежние размеры или постепенно увеличивается [2, 10, 12].

При инфильтративно-абсцедирующем мастите, который встречается более чем в половине случаев, инфильтрат состоит из множества мелких гнойных полостей. При этом симптом флюктуации определяется только у незначительной части пациенток. В связи с этим при диагностической пункции инфильтрата редко удается получить гной. В качестве дополнительных исследований проводят клинический анализ крови, УЗИ молочных желез. При УЗИ обычно выявляют гомогенную массу инфильтрата в определенном участке исследуемой молочной железы. При формировании гнойного мастита возникает очаг разрежения, вокруг которого усиливается тень инфильтрата. В последующем на этом месте визуализируется полость с неровными краями и перемычками [2, 10, 12].

**Лечение.** До начала лечения, во время и после окончания антибактериальной терапии необходимо проводить бактериологическое исследование молока и отделяемого из молочной железы с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам. Проведение только консервативной терапии возможно при наличии лактостаза, серозного и инфильтративного мастита. При продолжительности заболевания более 3 суток консервативная терапия возможна только при следующих условиях: удовлетворительном состоянии пациентки; нормальной температуре тела; если инфильтрат занимает не более одного квадранта железы; отсутствии местных признаков гнойного воспаления; отрицательных результатах пункции инфильтрата; если показатели общего анализа крови не изменены [2, 6, 11].

При отсутствии положительной динамики процесса не более чем в течение 3 суток от начала лечения показана операция. При лактоста-

зе обязательным является сцеживание молока (возможно использование молокоотсоса). Перед сцеживанием целесообразно выполнение ретромаммарной новокаиновой блокады с последующим введением внутримышечно 2 мл но-шпы (за 20 мин) и 1 мл (5 ЕД) окситоцина (за 1–2 мин) [2, 3, 6, 11].

В рамках лечения серозного мастита обязательным является сцеживание молока через каждые 3 часа. Для улучшения его оттока и оптимизации функции молочных желез используют инъекции дротаверина и окситоцина.

При переходе серозного мастита в инфильтративную форму рекомендовано подавление лактации. Аналогичные меры принимают также в тех случаях, когда имеет место:

- стремительно прогрессирующий процесс, несмотря на проводимую интенсивную терапию;
- гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов после хирургического вмешательства;
- вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после хирургического лечения);
- многоочаговый инфильтративно-гнойный и абсцедирующий мастит, флегмонозный и гангренозный мастит;
- мастит на фоне серьезной экстрагенитальной и акушерской патологии (пороки сердца, тяжелые формы гестоза, геморрагический и септический шок);
- любая форма мастита при рецидивирующем течении.

Купировать лактацию при мастите можно только после ликвидации лактостаза. В настоящее время для подавления лактации используют: парлодел (бромкриптин) по 1 таблетке (2,5 мг) 2 раза в день в течение 14 дней; достинекс по 1/2 таблетки (0,25 мг) 2 раза в день в течение 2 дней [2, 3, 6, 11].

Кроме того, при лечении серозной и инфильтративной формы лактационного мастита назначают также масляно-мазевые, полуспиртовые компрессы 1 раз в сутки. При положительной динамике заболевания через сутки после начала консервативной терапии назначают физиотерапевтические процедуры (ультразвуковая терапия, УФО). Важнейшим компонентом комплексной терапии лактационных маститов является применение антибиотиков. Используют препараты, эффективные в отношении прежде всего стафилококковой инфекции. Антибиотики вводят

внутримышечно или внутривенно капельно. Для повышения иммунологической резистентности организма назначают антистафилококковый гамма-глобулин по 5 мл (100 МЕ) через день внутримышечно, на курс 3–5 инъекций; антистафилококковую плазму по 100–200 мл внутривенно; адсорбированный антистафилококковый анатоксин по 1 мл с интервалом 3–4 дня, на курс 3 инъекции; тактивин и тималин по 1 мл внутримышечно в течение 10 дней; циклоферон по 2 мл внутримышечно через день в течение 5–10 дней. В комплекс лечебных мероприятий входит десенсибилизирующая антигистаминная терапия (супрастин, тавегил, димедрол, диазолин), витаминотерапия (витамин С, витамины группы В) [2, 3, 6, 11].

Лечение гнойного мастита включает прежде всего оперативное вмешательство. Своевременное вскрытие гнойника предотвращает распространение процесса и его генерализацию. Оперативное вмешательство по поводу острого гнойного мастита производят только под наркозом. Наиболее предпочтительным является внутривенное обезболивание. Разрезы на молочной железе (радиарный, полулунный по нижней переходной складке, полуовальный, окаймляющий ареолу соска) производят в зависимости от локализации в ней абсцессов. При выборе доступа к гнойному очагу следует учитывать локализацию и распространенность процесса, анатомические и функциональные особенности молочной железы. При множественных абсцессах приходится прибегать к нескольким разрезам. В процессе операции эвакуируют гной, удаляют некротизированные ткани. Полость промывают растворами антисептиков. Раны дренируют. Непременным условием лечения является подавление лактации. Наряду с хирургическим вмешательством продолжают комплексную терапию, интенсивность которой зависит от клинической формы мастита, характера инфекции и состояния пациентки. В связи с тем, что при гнойном мастите чаще всего выявляется смешанная инфекция (ассоциации грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, анаэробной флоры), для лечения используют комбинации антибиотиков: цефалоспорины; аминогликозиды. При наличии анаэробной флоры целесообразно назначение макролидов. В дополнение к антибиотикам назначают препараты группы нитроимидазола (тинидазол, метронидазол). В комплексе

лечебных мероприятий обязательно используют инфузионно-трансфузионную терапию: декстраны (реополиглюкин, полиглюкин); синтетические коллоиды (гемодез, полидез); белковые препараты (альбумин). Неотъемлемыми компонентами лечения гнойного лактационного мастита являются также десенсибилизирующая терапия, назначение витаминов. В ряде случаев назначают глюкокортикостероиды. Из физиотерапевтических методов используют лазеротерапию, УВЧ [2, 3, 6, 11].

Рядом авторов предлагается следующая методика хирургического лечения острых гнойных лактационных маститов. Принципиальные отличия методики от изложенных выше следующие:

1) отказ от радиарных разрезов, использование новых доступов к гнойному очагу в молочной железе;

2) применение дренажно-промывной системы, состоящей минимум из двух разнокалиберных трубок и позволяющей качественно промыть и дренировать гнойную полость;

3) при отсутствии противопоказаний (анаэробная инфекция, обширный дефект кожи) завершают операции наложением первичных швов независимо от объема гнойного очага;

4) наложение швов только на подкожно-жировую клетчатку и кожу с оставлением полости любого объема, даже при тотальном мастите [2, 6, 8, 11].

Хирургическое лечение острого гнойного лактационного мастита должно отвечать следующим требованиям:

- купирование воспалительного процесса в кратчайшие сроки;
- максимальное сохранение функции молочной железы;
- максимальное сохранение эстетического состояния молочной железы.

К числу тяжелых и даже смертельных осложнений острого гнойного мастита относится генерализация процесса в виде сепсиса. Тогда чаще всего прибегают к обширным, иногда к повторным санирующим операциям, вплоть до мастэктомии. Общее лечение выполняют с использованием современных методов интенсивной терапии, уделяя особое внимание мерам, направленным на повышение защитных сил организма. Благоприятный эффект в подобных ситуациях дают методы экстракорпоральной детоксикации [2, 6, 8, 11].

Грубые деформации, утрата значительной части молочной железы и другие косметические дефекты, иногда остающиеся после лечения острого гнойного мастита, устраняют с помощью пластических и реконструктивных оперативных вмешательств. Их производят через год после перенесенного гнойного мастита, окончания лактации. Традиционные хирургические методы лечения острого гнойного лактационного мастита имеют множество существенных недостатков:

- высокую травматичность;
- продолжительный срок лечения (15 и более дней)
- необходимость амбулаторного долечивания;
- неудовлетворительный косметический эффект;
- нарушение или полное прекращение лактационной функции молочной железы, а, следовательно, отказ от грудного вскармливания.

#### **Новые малоинвазивные методики лечения острого гнойного лактационного мастита.**

Суть метода заключается в непрерывном дренировании гнойного очага под контролем УЗИ. В результате использования данного метода сроки лечения уменьшаются до 3–7 суток. Очень важно, что у 92% пациенток сохраняется лактация. Благодаря дренированию максимально сокращается травматичность и болезненность манипуляций, используется минимальное количество фармакологических препаратов. После заживления точечных проколов исключается возможность образования грубых рубцов на молочной железе [2].

#### **Показания к применению данного метода:**

- наличие абсцесса более 3 суток,
- размер абсцесса более 5 см,
- наличие инфильтрационного вала вокруг абсцесса.

Процедура дренирования гнойного очага проводится в амбулаторных условиях, без применения общей анестезии и антибактериальной терапии. Для нее требуется минимальный расход перевязочного материала. Таким образом значительно снижаются экономические затраты на лечение. Преимущества дренирования острого гнойного лактационного мастита под контролем УЗИ: низкая травматичность процедуры, отсутствие необходимости в антибиотикотерапии.

При малоинвазивных методиках хирургическое вскрытие гнойного очага заменяется пунк-

ционными проколами под контролем УЗИ. Благодаря этому не нарушается чувствительность молочной железы, сохраняется кровоснабжение и лактационная функция. Данная процедура позволяет отказаться от антибиотикотерапии после устранения гнойного очага.

Преимущества данного метода: быстрое восстановление здоровья, сохранение лактации, высокий косметический эффект [2].

Сроки лечения, процент возникновения рецидивов и молочных свищей, функциональное и эстетическое состояние молочной железы после операции – основные критерии, которые используют для оценки ближайших и отдаленных результатов лечения больных с острым гнойным лактационным маститом.

Основные ошибки лечения лактационного мастита на догоспитальном этапе:

- ◆ поздняя диагностика гнойных форм заболевания
- ◆ вскрытие гнойника небольшими разрезами
- ◆ невыполнение некрэктомии
- ◆ неадекватное дренирование раны
- ◆ наложение мазевых повязок без учета фазы раневого процесса
- ◆ назначение неэффективных антибиотиков
- ◆ назначение антибиотиков в недостаточных дозах [1, 14].

**Профилактика.** Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний должна быть начата во время беременности. На этапе амбулаторного наблюдения в женской консультации необходимо проводить следующие профилактические мероприятия:

- выделение среди беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде;
- своевременное выявление и санация очагов острой и хронической инфекции;
- определение иммунного статуса;
- профилактика гестоза;
- общеукрепляющая терапия;
- своевременная дородовая госпитализация беременных группы высокого риска по развитию гнойно-воспалительных осложнений в современный, хорошо оснащенный стационар [5, 10, 13].

Таким образом, проблема лечения острого гнойного лактационного мастита имеет важное социально-экономическое значение, поскольку пациентками обычно являются лица молодого

трудоспособного возраста. Применяемые оперативные методы далеко не всегда удовлетворяют как самих пациенток, так и хирургов. Раннее комплексное патогенетически обоснованное радикальное хирургическое лечение больных с острым гнойным маститом обеспечивает хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Осложнения и длительный период снижения работоспособности вынуждают не останавливаться на достигнутом и стимулируют к разработке новых либо усовершенствованию уже имеющихся методик. Следует выбирать методику сугубо индивидуально в зависимости от анатомического расположения, размеров пораженной поверхности (площади инфильтрации), состояния кожи, количества и сроков предыдущих вмешательств.

## Литература

1. Вишневецкий А. А., Кузин М. Н., Оленин В. П. Маммопластика при последствиях гнойного мастита // Пластическая хирургия молочной железы. М.: Медицина, 1987. С. 149–165.
2. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии. ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 768 с.
3. Гуртовой Б. Л., Емельянова А. И., Рябенко Л. В., Миронова, Т. С. Применение парлодела при послеродовом мастите // Акуш. и гин. – № 5. – 1984. – С. 22–25.
4. Гуртовой Б. Л., Кулаков В. И., Воропаева С. Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Триада-Х. – 2004. – 176 с.
5. Данилов М. Е. Комплексная профилактика лактационного мастита / Дисс. ... канд. мед. наук. Смоленск, 1998.
6. Должников А. П. Современные принципы лечения лактационного мастита: метод. рекомендации. Саратов, 1991. С. 94–95.
7. Дуденко Т. И. и соавторы «Послеродовый стафилококковый мастит». М., 1984 г., 116 стр.
8. Кузин М. И. и соавт. «Раны и раневая инфекция». – М., 1981 г.
9. Левицкая С. К., Елиневская Г. Ф. Некоторые аспекты внутриутробного инфицирования новорожденных // Акушерство и гинекология. 2004. № 11. С. 5–7.
10. Пустотина О. А., Павлютенкова Ю. А. Лактационный мастит и лактостаз // Рос. вестник акуш.-гин. – № 2. – 2007. – С. 55–57.
11. Радионов В. В. и соавторы «Выбор метода лечения гнойного лактационного мастита». Вестн. А. А. «Лечение лактационных маститов». М, 1965.
12. Чадаев А. П., Зверев А. А. Острый гнойный лактационный мастит. М.: Медицина, 2003. 126 с.
13. Чернуха Е. А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство для врачей // М.: ГЕОТАР-Медиа. – 2006. – 272 с.
14. Юсупов С. И. Классификация рубцовых деформаций молочных желез // Реконструктивно-восстановительная хирургия молочных желез. М., 1996. С. 41–43.

Поступила 27.06.2018 г.