# РЕФЕРАТ

з акушерства

на тему:

**“Післяпологовий мастит”**

Післяпологовий мастит

Післяпологовий мастит – загальний процес молочної залози інфекційного характеру в післяпологовому періоді. Частота лактаційних маститів становить 0,5-1% від усіх інфекційно-токсичних захворювань. В етіології маститу провідне місце посідає патогенний стафілокок – Staphylococus aurus. Прямим джерелом стафілококу звичайно є ніс і рот глотка новонародженого. Головні шляхи проникнення інфекцій в молочну залозу – ліморогенний, галактогенний, гематогенний. От, наприклад, під час годування груддю мікроорганізми проникають через сосок, місця його тріщин і пошкоджень. Особлива роль у виникненні маститу належить так званому паталогічному лактостазу. І тому рекомендують виділяти культури мікроорганізмів із молока. Для паталогічного лактостазу характерне підвищення температури тіла до 38-38,50С, рівномірне нагрібання і болючість молочних залоз. Загальне самопочуття змінюється мало. Виникає паталогічний лактостаз з другої до шостої доби після пологів. У молоці знаходиться велика кількість паталогічних стафілококів. Породіллю переводять в обсерваційне відділення. Хвора повинна тимчасово припинити грудне годування (молоко слід зціджувати і пастеризувати).

Клініка маститу: Розрізняють такі форми маститу: серозний, інфільтративний і гнійний, який, у свою чергу, поділяються на:

1. інфільтративно-гнійний: дифузний, вузловий;
2. абсцедуючий: фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози (ретромамарний);
3. флегмонозний (гнійно-некротичний);
4. гангренозний

У більшості хворих мастит буває однобічним.

Мастит, як правило, починається гостро, температура тіла підвищується до 390С і більше, озноб, лихоманка, слабість, головна біль, тахікардія. Молочна залоза дещо збільшена в об’ємі, болюча, шкіра над нею гіперенійована.

Під час пальпації у товщі залози визначають ущільнені ділянки. Якщо лікування недостатнє або не результативне, то серозна форма переходить в інфільтративну. У хворої залишається підвищення температури тіла, але в цієї хворої поганий апетит і сон. Зміни в молочній залозі більш виражені: гіперемія шкіри обмежується одним з квадрантів залози, в ділянці якого пальпується щільний малорухомий інфільтрат, нерідко відмічається збільшення регіональних лімфовузлів. Протягом 5-10 днів, а інколи і раніше мастит проходить усі стадії розвитку – серозний, інфільтративний і гнійний. У стадії нагноєння мастит протікає з більш тяжкою клінічною картиною: висока температура тіла 39-400С, лихоманка, поганий апетит і сон. Симптомами маститу рідко виникає до кінця першого тижня пуерперія і після третього – четвертого тижня. Мастит є рідким ускладненням до пологів і частіше виникає в післяпологовому періоді протягом лактацій.

Лікування: При маститі грудне годування тимчасово припиняють, гальмують або виключають лактацію. З цією метою застосовують – парлодея по 0,005 г двічі на день протягом 5-8 днів. Достатньо ефективно стримує лактацію щоденне або через день внутрімязове введення в одному шприці по 1 мл 0,1% розчину – естадіолу дипропіонату і 5% розчин тестостерону протягом 6-12 днів.

При стримуванні лактації призначають сечогінні – гіпотвазид по 0,025-0,05 г, урегіт по 0,05-0,1 г всередину в першу половину для прийому їжі, щоденно або через день. Застосовують також 10% розчин сульфатамфокаїну або 20% розчин камфори по 2 мл двічі на добу підшкірно.

Головним компонентом в комплексній терапії післяпологового маститу є інфузійна імунотерапія, антибіотики. Антибактеріальну терапію слід починати не пізніше 48 годин від початку захворювання. Треба провести лікування напівсинтетичними пеніцилінами (метицилін або оксацилін по 1 г 4 рази на добу) або хлорфіліптом протягом 4-5 днів. Якщо висіяна грам-негативна флора, то для лікування застосовують гентаміцин по 80 мг двічі на добу протягом 4-5 днів. Після лікування потрібно провести бактеріологічне дослідження молока і вирішити питання про поновлення грудного годування. При гнійному маститі недостатня консервативна терапія поєднується із своєчасним хірургічним втручанням.

Залежно від форм маститу диференційовано застосовують фізичні методи лікування. При серйозному – інфільтративному маститі використовують ультразвук, ІФ промені, лазерну і магнітолазерну терапію (гелій-неонові і напівпровідникові лазери).

При серйозному і інфільтративному маститі використовують масляно-мазеві компреси. З цією метою застосовують масло вазелінове, масло камфорне для зовнішнього використання, бутадіонову мазь, лінімент бальзамічний (за О.В.Вишневським).

Після хірургічного втручання спочатку призначають – електричне поле УВЧ у слабо тепловій дозі, пізніше ІФ – промені в суберитемній, а потім – в слабоеритемній дозі, лазерну і магнітолазерну терапію. Регресія симптомів звичайно починається через 24 – 36 годин, а для профілактики рецидиву захворівши пацієнтки повинні пройти всі ці курси лікування.

Використана література:

Цигельський: Акушерство і гінекологія.

Аймалазян: Гінекологія.

Грищенко: Акушерство.