

МАСТИТЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ, АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МАСТИТОМ У РОЖАВШИХ И НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

О.В.Некрасова, А.И.Курскова, П.С.Королева

Кафедра общей хирургии и анестезиологии Орловского государственного университета имени И.С. Тургенева, медицинский институт, г.Орёл

Аннотация. Данная статья представляет собой комплексное исследование, посвященное маститам — распространенным воспалительным заболеваниям молочной железы, с акцентом на сравнительном анализе заболеваемости у рожавших и нерожавших женщин. В статье рассматриваются особенности проявления, факторы риска, причины возникновения и клиническая симптоматика маститов в обеих группах пациенток. Нами было проведено исследование среди групп рожавших и нерожавших женщин, в ходе которого появляется возможность сбора и полноценного анализа статистических данных о заболеваемости маститом, а также их эффективной оценки и интерпретации для дальнейшего использования информации. Статья предлагает углубленное понимание маститов как проблемы здоровья женщин разного возраста и репродуктивного статуса. Особое внимание уделено влиянию беременности, периоду лактации и других факторов на развитие мастита у рожавших женщин, а также анализу факторов, способствующих возникновению маститов у женщин, еще не имевших детей, выявлены основные симптомы и осложнения этого заболевания. В работе также представлены практические рекомендации по профилактике и эффективному лечению этого заболевания с целью улучшения качества жизни пациенток и снижения его негативных последствий.

Ключевые слова: мастит, золотистый стафилококк, лактационный, нелактационный, инфильтративный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный, хронический инфильтративный мастит, оперативное лечение, консервативное лечение.

Введение. Мастит достаточно распространенное заболевание. Чаще мастит встречается у женщин после родов (90% случаев), но в 5% случаев может встречаться у беременных и 5% случаев приходится на небеременных женщин. Из родильниц – мастит отмечался в 15% случаев после первых родов. У мужчин мастит также может встречаться, но гораздо реже, чем у женщин.

Целью работы был поиск информации об особенностях протекания маститов в современных условиях, об изменении подходов в лечении маститов.

Материалы и методы исследования: анализ литературных источников, классификация полученной информации, с применением методик системного подхода, метод опроса.

Мастит – воспаление грудной железы или отдельных долей молочной железы, обусловленное воздействием чаще всего инфекционного агента. Лактационный или послеродовой мастит возникает в лактирующей молочной железе, если возникновение мастита не связано с беременностью и родами, то такой мастит-нелактационный.

Частота лактационного мастита среди родильниц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10% [3, с.132]. В 2008 году отмечалось, что распространенность послеродового мастита в Российской Федерации составляла 2-3%, но по результатам выборочного исследования 10000 родильниц в 2011 году Федеральной службой государственной статистики (Росстатом) совместно с Минздравсоцразвития России и их зарубежными партнерами отмечалось, что лактационный мастит встречался у 10% женщин, что соответствует мировой статистике [8 с. 42]. Заболеваемость маститами в последние годы, вряд ли сократилось, но по мнению некоторых авторов формы протекания инфекции стали легче (в настоящее время мастит в гангренозной, флегмонозной форме практически не встречается, что, по-видимому, связано с более внимательным отношением женщин к себе и своевременном обращении к врачу).

Доминирующим инфекционным агентом, вызывающим мастит, является золотистый стафилококк. В 85% проб высевается именно он (часто метициллинрезистентный штамм). В 15% определяются микробные ассоциации золотистого стафилококка с протеом, клебсиеллой, кишечной палочкой, энтерококками, эпидермальным стафилококком и бета-гемолитическим стрептококком. Патогенные микроорганизмы, высеваются из молока как больной, так и здоровой груди. Как источник золотистого стафилококка можно рассматривать ребенка (бактерионоситель), в ротовой полости которого стафилококк обнаруживается в 90% случаев на 7 день жизни [1, с.726]. При проведении исследования антибиотикорезистентности возбудителей инфекционного лактационного мастита было установлено, что 90% высеянного стафилококка были чувствительны к полусинтетическим пенициллинам, линкомицину и аминогликозидам. При этом патогенные микроорганизмы оказываются малочувствительными к сульфаниламидам, макролидам и тетрациклинам. Штаммы протея и других грамотрицательных бактерий были чувствительны к карбенициллину и гентамицину. Таким образом, в настоящее время препаратами выбора для антибактериальной терапии лактационного мастита являются полусинтетические производные клавулановой кислоты. В качестве альтернативы рассматриваются гентамицин и линкозамин [11; 7].

Неинфекционные маститы тоже встречаются, но гораздо реже, чем инфекционные, и могут представлять собой воспалительную реакцию на инородное тело, травматическое поражение, онкологический процесс, радиационное облучение и другие причины.

У 90% больных воспалением поражается одна молочная железа, причем правосторонний мастит встречается в 55%, левосторонний – в 34%, двусторонний – в 10% случаев [2, с.136].

В клинической практике выделяются следующие формы: серозный, инфильтративный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный, хронический инфильтративный маститы.

По характеру течения: острый, хронический маститы. Хронический мастит часто возникает как результат неправильного или недостаточного лечения острого мастита, либо может быть самостоятельным процессом, который вызвала мало вирулентная флора.

По локализации: поверхностный преаммарный и субреолярный, интрааммарный – паренхиматозный и интерстициальный, ретроаммарные; панмастит. Поверхностный абсцедирующий мастит склонен прорываться наружу, глубокий, после расплавления грудной фасции, способен распространяться на плевру. Гнойный мастит, как правило, сопровождается регионарным лимфаденитом [5, с.1-3].

Начинается острый мастит с чувства тяжести в молочной железе (нагрубания) и подъема температуры тела. По мере развития патологического процесса боль усиливается, нарастает отек молочной железы, часто в молочной железе прощупываются твердые участки (инфильтрированные ткани), на коже наблюдается гиперемия, подмышечные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере. В анализе крови фиксируется повышение абсолютного числа лейкоцитов, повышение СОЭ. Для течения мастита характерен быстрый переход одного вида в другой: от инфильтративной до гнойной формы мастит может развиваться за 4-5 дней. Наиболее тяжело для пациентов может протекать флегмонозная и гангренозная формы мастита, так как при них процесс переходит из местной формы в системный. При флегмонозной и гангренозной форме температура тела высокая, молочная железа увеличена в объеме, резко болезненна, могут наблюдаться отслойки эпидермиса. В крови лейкоцитоз, нейтрофилез, иногда может регистрироваться бактериемия. Клиническая картина при этих формах напоминает сепсис [12, с.78].

Диагностика мастита не представляет большого труда: заподозрить мастит врач может уже при проведении осмотра и при сборе анамнеза. В последующем лабораторные и инструментальные методы исследования помогают подтвердить данный диагноз. У больных маститом могут проводиться УЗИ, маммография, общий и биохимический анализ крови, анализ на С-реактивный белок, бактериологическое исследование выделяемого из молочных желез, биопсия молочной железы.

Следует отметить, что описаны случаи, когда без подключения инструментальных методов диагностики больные не получали должного лечения, сроки лечения затягивались и острый мастит переходил в хронический. Так в некоторых поликлиниках от 5 дней до 2 месяцев консервативно лечились больные гнойным абсцедирующим или инфильтративно-

абсцедирующим маститом, у которых отсутствовала гиперемия кожи и не развилась флюктуация (значимость этих методов была переоценена медицинским персоналом). В результате примененной антибиотикотерапии клинические проявления несколько стерлись и перестали соответствовать тяжести процесса. Температура тела у них стала нормальной или слегка повышалась к вечеру, а отдельные признаки гнойного воспаления были минимальны или отсутствовали, некоторая болезненность молочных желез при пальпации сохранилась, также при пальпации чувствовались инфильтраты в молочных железах. Из анамнеза было известно, что заболевание начиналась с высокой температуры и у многих больных определялись гиперемия кожи и выраженный отек молочной железы [13].

Современные принципы лечения мастита включают в себя: продолжение грудного вскармливания, сцеживание молока (при неполном опорожнении груди), рациональную антибиотикотерапию для элиминации возбудителя, лечение кожных повреждений (трещин сосков, мацераций кожи груди), как можно более раннее начало лечения, учет формы и фазы мастита.

В прошлом обязательным этапом лечения было медикаментозное подавление лактации [10, с. 442]. В настоящем - предпочтение отдается поддержанию лактации, так как продолжение грудного вскармливания и регулярное сцеживание способствуют уменьшению застоя молока, элиминации микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности.

Сейчас перед началом лечения и после окончания антибактериальной терапии необходимо проводить бактериологическое исследование молока и отделяемого из молочной железы с определением чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Консервативное лечение возможно только при наличии лактостаза, серозного и инфильтративного мастита. При остальных формах (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный) должно проводится оперативное лечение наряду с антибиотикотерапией.

Лечить пациентов можно как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара. При лечении в амбулаторных условиях системные признаки должны быть ограничены лихорадкой и умеренным недомоганием. В случае амбулаторного лечения повторный осмотр и оценка состояния пациента обязательны в течение 24–48 часов. Если отсутствует положительная динамика, пациент должен быть госпитализирован [2 с. 137].

При лечении лактационного мастита большое внимание уделяется использованию пребиотических культур микроорганизмов в качестве вспомогательных методов лечения, которые содержатся в молоке здоровой женщины: *L. salivarius*, *L. reuteri*, *L. plantarum*, *L. paraplantarum*, *L. gasseri*, *L. fermentum* и *B. Breve* [9; 4; 6]. Считается, что данные культуры

способны колонизировать ткани молочной железы, вытесняя из нее возбудителя, вызывающего мастит.

В нашей практике был случай мастита, который вызвал нетипичный инфекционный агент – грибок рода *Candida*. К нам поступила пациентка, которая жаловалась на выраженную боль в правой молочной железе и жгучую боль в соске. Женщина первородящая, лактация 1 месяц, кормит ребенка с 3-го дня. При осмотре: грудь обычной формы, кожные покровы нормальной окраски, на сосках заметны зажившие трещины, при кормлении и после кормления боль становится более выраженной и ощущается зуд.

При бактериологическом исследовании молока результатов получено не было, при исследовании мазков с соска методом полимеразной цепной реакции получен положительный результат на грибы рода *Candida*. По УЗИ картине: лактостаз в области правой молочной железы, инфильтративная форма мастита. В последующем женщину пролечили противогрибковыми препаратами с применением пробиотика.

Оперативное вмешательство по поводу гнойного мастита должно проводиться в стационаре под общим обезболиванием. При выборе доступа к гнойному очагу следует учитывать локализацию и распространенность процесса, анатомические и функциональные особенности молочной железы. При субареолярном мастите или центральном расположении гнойника выполняют полуовальный параареолярный разрез длиной 3–4 см параллельно и отступя от края ареолы на 1–2 мм. При локализации гнойного очага в нижних квадрантах разрез кожи делают на 2 см выше и параллельно нижней переходной складке молочной железы. Для вскрытия гнойника, расположенного в верхненаружном квадранте или занимающего оба наружных квадранта, делают дугообразный наружнобоковой разрез по наружному краю основания молочной железы. При тотальном или ретромаммарном мастите разрез выполняют по ходу нижней переходной складки молочной железы [13].

При вскрытии гнойного мастита целью является удаление всех неживых тканей в пределах здоровых. Критерием правильной некроэктомии является развитие капиллярного кровотечения из краев здоровых тканей. Образовавшуюся полость промывают антисептиками и дренируют (в последующем полость промывается растворами антисептиков через дренаж). Такой метод позволяет закрывать раны первичным швом, на месте гнойного очага образуется полость, заполненная грануляционной тканью, что позволяет сохранить эстетический вид молочной железы. После проведения хирургического лечения показано назначение антибиотикотерапии.

Выводы: При подведении итога, хочется отметить, что наиболее распространенной формой мастита является лактационный мастит, предшественником которого является лактостаз. Для избежания перехода лактостаза в мастит следует учить рожавших женщин умению полностью опорожнять молочные протоки (применять ручное сцеживание). Данной профилактикой должны заниматься женские консультации, но при проведении опроса пациенток, выяснилось, что приемам ручного сцеживания обучались менее 10% респонденток. При этом медики рутинно предлагают женщинам использовать молокоотсос, который не способен достать застойный молочный секрет из альвеолярно-дольковых структур верхних квадрантов молочной железы [11, с.70].

Также мы провели собственное исследование, в котором приняли участие как рожавшие (51 человек), так и нерожавшие женщины (50 человек). Данное исследование позволило установить статистику заболеваемости маститом среди опрошенных.

Среди нерожавших женщин большинство опрошенных находятся в возрасте 18-20 лет (68%), также 30% из них – девушки 21-25 лет, только 2% опрошенных в возрасте 31-35 лет.

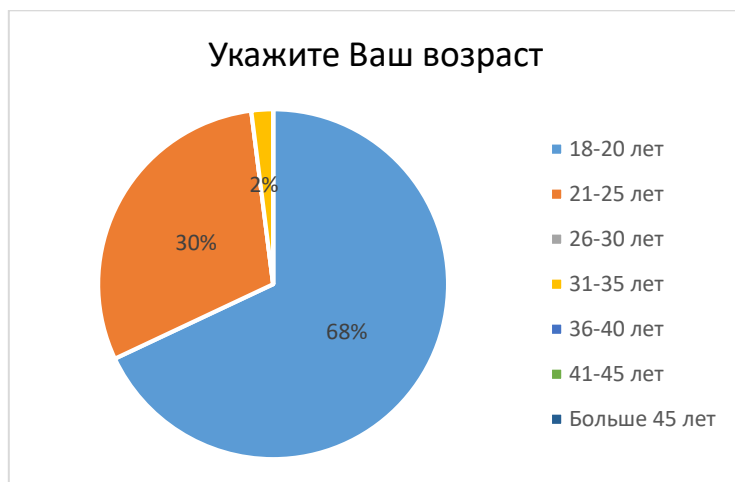


Рис.1. Ответ на вопрос: «Укажите Ваш возраст»

Так, среди данной категории женщин количество заболевших маститом равно 0%.

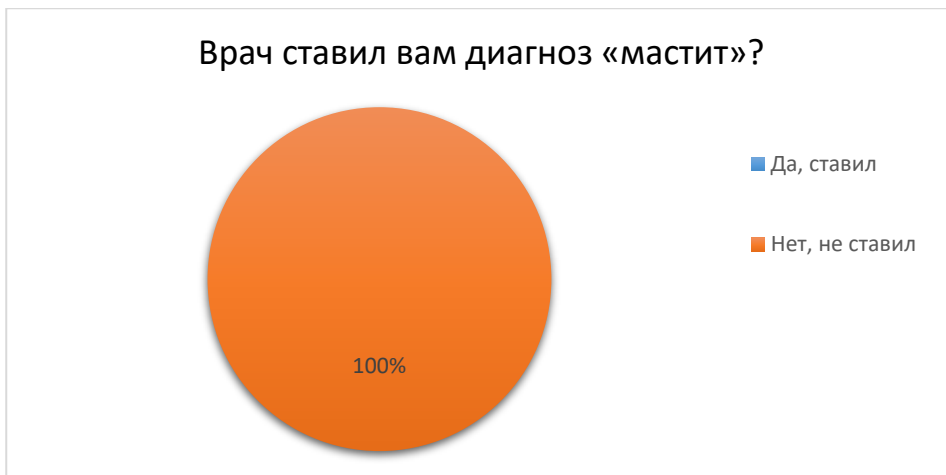


Рис.2. Ответ на вопрос: «Врач ставил Вам диагноз “мастит“»

Среди рожавших женщин получились следующие данные: у 34% опрошенных роды были в возрасте 21-25 лет, у 31% - в 26-30 лет, у 19% - в возрасте 31-35 лет, у 9% - в 36-40 лет, у 5% - в 15-20 лет, 2% - 41-45 лет. Рекомендуемый возраст женщины для рождения детей составляет возраст до 25 лет, от 26 лет и более считаются возрастными первородящими. С увеличением возраста роженицы риск развития послеродовых заболеваний увеличивается. Среди наших опрошенных 61% относится к возрастным первородящим.



Рис.3. Ответ на вопрос: «В каком возрасте у Вас были роды»

По итогу у нас получилось, что 29% опрошенным когда-то ставили диагноз «мастит», оставшийся 71% никогда не болели маститом, что может говорить о том, что данный процент женщин ознакомлены с профилактикой мастита.



Рис.4. Ответ на вопрос: «Врач ставил Вам диагноз “мастит”»

Таким образом, как это и оговаривалось в начале статьи, около 30% женщин когда-либо болели маститом, наш опросник подтверждает данную статистику.

Библиографический список

1. Spencer J.P. Management of mastitis in breast feeding women // Am. Fam. Physician. — 2008. — Vol. 78. — №6. — P. 727–731;
2. Балущкина А.А. Новые тенденции в профилактике и лечении послеродового мастита и лактостаза/ А.А. Балущкина, В.Л Тютюнник, Н.Е Кан, О.А. Пустотина, Г.В. Москалева// Медицинский совет №12. - 2019. - с.136-141;
3. Геращенко Я.Л. Опыт трехлетнего периода оказания помощи женщинам при лактостазе и мастите/ Детская медицина Северо-Запада. - Т. 8 - № 1. – 2020. - с.102-103;
4. Киосов А.Ф. Лактостаз и мастит: что может сделать неонатолог и педиатр?// Вопросы практической педиатрии, - Т 15. - №2.- 2020.- с. 99–106;
5. Мастит. - Текст : электронный// Гродненский государственный медицинский университет : [сайт]. — 2020. — 5 окт. — URL: <http://www.grsmu.by/files/file/university/cafedry/obshei-hiryrgii/files/lekcionnu-material/8.pdf>. (дата обращения: 31.01.2024);
6. Мяснянкин М.Ю. Опыт лечения патологии молочной железы в амбулаторно-поликлинической практике/Мяснянкин М.Ю., Анисимов В.В// Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. - №1-2. – 2021. – с.. 25–29.
7. Нажимова З.Н. Мастит у кормящих женщин/ З.Н. Нажимова, Т.Н. Ходжаева// Мировая наука". - №4(37). – 2020. - с.368 -370;

8. Пустотина О.А. Опыт лечения лактационного мастита у 642 родильниц в России. Сравнительный анализ с международными рекомендациями / Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева, № 2, 2015. - Текст : электронный// Cyberleninka.ru : [сайт]. — 2015 – 5 нояб. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-lecheniya-laktatsionnogo-mastita-u-642-rodilnits-v-rossii-sravnitelnyu-analiz-s-mezhdunarodnymi-rekomendatsiyami/viewer> (дата обращения 31.01.2024);
9. Родригес Х.М. Мастит у женщин: новый взгляд на старую проблему// Медицинский совет. - №1. – 2017. - с.34-44;
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1136 с.;
11. Семичковский Л.А. Профилактика лактационного мастита: новое или хорошо забытое старое?// Тезисы XVI общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» и IX общероссийской конференции «Flores vitae. контраверсии неонатальной медицины и педиатрии», Сочи, 07–10 сентября. – 2022. -с. 70-71;
12. Хирургические болезни: Учебник/ М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под ред. М. И. Кузина. — 3 - е изд., перераб. и доп. - М.:Медицина, 2002. - 784 с: ил.;
13. Чадаев А.П. Диагностика и лечение острого лактационного мастита/ А.П. Чадаев, А.А.Зверев - Текст : электронный // Русский медицинский журнал : [сайт]. — 2001. — 4 февр. — URL: https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Diagnostika_i_lechenie_ostrogo_laktacionnogo_mastita/#ixzz8QQuEAVdb (дата обращения: 01.02.2024).

Сведения об авторах:

1. Некрасова Олеся Вячеславовна: ст. преподаватель кафедры общей хирургии и анестезиологии, Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, медицинский институт, 89066654220, ovorel11@yandex.ru

2. Курскова Анастасия Игоревна: студентка, Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, медицинский институт, 89208086801, anastasiakurskova7@gmail.com

3. Королева Полина Сергеевна: студентка, Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, медицинский институт, 89606423558, pk050303@gmail.com

MASTITES AND THEIR FEATURES, ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF MASTITIS IN WOMEN WHO GAVE BIRTH AND THOSE WHO DID NOT GIVE BIRTH

O.V.Nekrasova, A.I.Kurskova, P.S.Koroleva

Annotation. This article is a comprehensive study on mastitis, a common inflammatory disease of the breast, with an emphasis on a comparative analysis of the incidence in women who gave birth and those who did not give birth. The article examines the features of the manifestation, risk factors, causes and clinical symptoms of mastitis in both groups of patients. We conducted a study among groups of women who gave birth and those who did not give birth, during which it becomes possible to collect and fully analyze statistical data on the incidence of mastitis, as well as their effective assessment and interpretation for further use of information. The article offers an in-depth understanding of mastitis as a health problem for women of different ages and reproductive status. Special attention is paid to the influence of pregnancy, lactation and other factors on the development of mastitis in women who have given birth, as well as to the analysis of factors contributing to the occurrence of mastitis in women who have not yet had children, the main symptoms and complications of this disease have been identified. The work also provides practical recommendations for the prevention and effective treatment of this disease in order to improve the quality of life of patients and reduce its negative consequences.

Keywords: mastitis, Staphylococcus aureus, lactation, non-lactation, infiltrative, abscess, phlegmonous, gangrenous, chronic infiltrative mastitis, surgical treatment, conservative treatment.

Information about the authors:

1.Nekrasova Olesya Vyacheslavovna: Senior lecturer at the Department of General Surgery and Anesthesiology, I.S. Turgenev Oryol State University, Medical Institute, 89066654220, ovorel11@yandex.ru

2.Kurskova Anastasia Igorevna: student, I.S. Turgenev Oryol State University, Medical Institute, 89208086801, anastasiakurskova7@gmail.com

3.Koroleva Polina Sergeevna: student, I.S. Turgenev Oryol State University, Medical Institute, 89606423558, pk050303@gmail.com