

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение<br/>высшего образования<br/>«Волгоградский государственный медицинский университет»<br/>Министерства здравоохранения Российской Федерации<br/>Образовательная программа<br/>специальность<br/>31.05.01 Лечебное дело<br/>(уровень специалитета)<br/>Кафедра госпитальной хирургии</p> | <p>УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ<br/>КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ<br/>«Инновационные методы<br/>диагностики и лечения в<br/>торакальной и сердечно-<br/>сосудистой хирургии»<br/>МОДУЛЬ<br/>«Госпитальная хирургия»</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов V курса лечебного факультета

**Тема: Заболевания молочной железы.**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор



С.С. Маскин

“\_02\_” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

**Волгоград, 2018 год.**

## **I. ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:**

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить диагностике различных заболеваний молочной железы, изложить принципы их лечения и профилактики.

## **ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:**

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Воспалительные заболевания молочной железы. Классификация, диагностика, лечение.
- 2). Неопухолевые заболевания молочной железы. Классификация, диагностика, лечение.
- 3). Опухоли молочной железы. Классификация, диагностика, лечение.

### **Острый мастит (ОМ)**

ОМ – это неспецифическое острое воспаление паренхимы и межтканевой ткани молочной железы, развивающееся в большинстве случаев в послеродовом периоде (1,5-6%), примерно, одинаково часто как справа, так и слева. На долю лактационного мастита приходится до 94,7% (Гребенникова А.Т. и соавт., 2000; Чадаев А.П., Зверев А.А., 2006). Отношение количества лактационного мастита к числу родов – от 2,4 до 18%. В 78% случаев данная форма мастита возникает у первородящих.

**Возбудители:** золотистый стафилококк (90%), стрептококк, реже кишечная палочка. Значительно повысилась в последние годы роль условно-патогенной микрофлоры.

**Классификация** (Ерьюхин И.А. и соавт., 2006):

**По происхождению:** лактационный (послеродовый); нелактационный

**По характеру воспалительного процесса:** негнойный – серозный, инфильтративный; гнойный – абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный

**По локализации гноя:** субареолярный, подкожный, интрамаммарный, ретромаммарный

**По распространенности процесса:** ограниченный (1 квадрант железы), диффузный (2-3 квадранта железы), тотальный (4 квадранта железы).

**Клинические формы** острого мастита (Гребенникова А.Т. и соавт., 2000):

1. Медленно прогрессирующая форма.
2. Быстро прогрессирующая форма:
  - Ограниченно деструктивная
  - Форма с тенденцией к распространению
  - Септическая

### **Алгоритм диагностики**

#### **Основные симптомы:**

- Нагрубание, напряжение и увеличение в объеме молочной железы.
- Гиперемия кожных покровов над очагом поражения и расширение кожных вен.
- Болезненность в очаге поражения.
- Наличие инфильтрата в молочной железе и определение зыбления в нем.
- Повышение температуры тела до 38-39 °С.
- Признаки интоксикации: нарушение общего состояния, тахикардия, слабость, плохой сон, жажда, снижение аппетита.

#### **Обязательно:**

- Лабораторное исследование: общий анализ крови; группа крови и резус-фактор; сахар крови; время свертываемости крови (коагулограмма); общий анализ мочи (воспаление).
- Инструментальные методы диагностики:

УЗИ молочной железы (оценка состояния железистых структур, дифференцировка стадии воспаления).

Тепловидение (в т.ч. и в целях дифференциальной диагностики).

- Бактериологическое и цитологическое исследование молока (качественное и количественное изучение клеточного состава в 1 мл молока из обеих молочных желез; определение pH молока).

#### Дополнительно:

- В неясных случаях показана диагностическая пункция инфильтрата иглой с широким просветом и УЗИ.

### Тактика ведения и принципы лечения

строятся в тесной зависимости от выраженности воспаления.

#### Консервативное лечение показано:

- На начальных стадиях мастита.
- При наличии инфильтрата, занимающего не более одного квадранта.
- При длительности заболевания не более 3 суток
- Железе создают покой, придавая возвышенное положение иммобилизирующей повязкой или лифчиком.
- **Антимикробная терапия:** обязательна: это амоксициллин/клавуланат, цефалоспорины II-III поколения (цефазолин, цефуроксим, цефамандол, цефатаксим). При назначении сульфаниламидов и антибиотиков кормление грудью рекомендуют прекратить.
- **Ретромаммарные новокаиновые блокады** (100-150,0 мл 0,25% раствора новокаина) с добавлением антибиотиков широкого спектра действия в половинной суточной дозе. Молочная железа оттягивается рукой вперед и у наружного основания ее, предпуская раствор новокаина, вводится длинная игла параллельно грудной клетке под заднюю фасцию молочной железы в жировую клетчатку до зоны проекции ареолы. Затем вводят раствор новокаина с антибиотиками (купирование болей, создание высокой концентрации антибиотиков).
- При мастите, если сцеживание молока невозможно, прибегают к подавлению, реже – к торможению лактации: каберголином в дозировке по ½ таблетки (0,25 мг) во время еды через каждые 12 часов в течение двух дней с сцеживанием молочной железы сразу после приема первой дозы препарата и еще раз – через 3 часа; парлоделом (бромкриптином) /из-за побочных эффектов назначать только при тяжелых септических формах мастита!!!/ в дозировке ½ таблетки (1,25 мг) 2 раза в день во время еды с обязательным постепенным уменьшением объема и частоты сцеживания (12-15 дней).

#### Хирургическое лечение

Все деструктивные формы мастита служат показанием к хирургическому вмешательству, которое является основным компонентом лечения.

#### Программа квалифицированного хирургического лечения деструктивной стадии острого мастита (Гребенникова А.Т. и соавт., 2000)

| Клиническая форма | Протяженность поражения железы | Степень интоксикации | Программа лечения |
|-------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------|
|                   |                                |                      |                   |

|                                                   |                     |                                                      |                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Медленно прогрессирующая:</b><br>Ограниченная: | В 1 квадранте груди | Нет                                                  | Оперативное лечение, системная антибактериальная терапия не показана                                                                                                                                                        |
| С тенденцией к распространению                    | 1 квадрант груди    | Умеренная температура тела (38-38,5 °С)              | Оперативное лечение, у некоторых больных антибиотики, усиление протеолиза в ране                                                                                                                                            |
| Распространенная                                  | 2-3 квадранта груди | Значительная (лихорадка, ознобы, анорексия)          | Расширенная операция с контрапертурой, антибиотики, иммунотерапия, инфузионная детоксикация, ингибиторы протеаз, УФО крови                                                                                                  |
| <b>Быстро прогрессирующая</b>                     | 3-4 квадранта груди | Тяжелая (температура тела 40-41 °С), септический шок | Расширенная операция с некрэктомией, вплоть до мастэктомии, комбинированная антибактериальная терапия (антибиотики, иммунопрепараты), ингибиторы протеаз, инфузионная детоксикация, ГБО, прямые гемотрансфузии, гемосорбция |

Обязательное условие для проведения хирургического вмешательства – адекватное обезболивание с помощью одного из методов внутривенной анестезии.

#### **Принципы хирургического лечения острых гнойных маститов:**

- Выбор оптимального доступа к гнойному очагу с учетом необходимости максимального сохранения функции и эстетики молочной железы
- Применяются широкие и достаточно глубокие разрезы.
- При локализации гнойника под ареолой наиболее рационален параареолярный доступ, при котором разрез делается параллельно краю окружности ареолы, отступив от него на 1-2 мм. Длина разреза не превышает полуокружности ареолы (опасность некроза).
- При расположении гнойника на границе наружных(внутренних) квадрантов – дугообразные разрезы по наружному(внутреннему) основанию молочной железы.

Разрезы делают в радиарном направлении вдоль хода выводных протоков, не затрагивая сосок и околососковый кружок. При множественных абсцессах приходится прибегать к нескольким разрезам.

(!): Радиальные разрезы деформируют железу, оставляют заметные рубцы, трудно скрываемые под одеждой. Поэтому использование их следует ограничить.

- При локализации воспалительного процесса в нижних квадрантах железы рекомендован разрез по Раввинскому (1952), который выполняется на 1-2 см выше нижней переходной складки молочной железы и параллельно ей.
- Ретромаммарные гнойники, а иногда и интрамаммарные можно опорожнять и санировать из разреза Барденгейера (В.Ф. Войно-Ясенецкий, 1956) - это дугообразный разрез вдоль нижней половины основания молочной железы параллельно переходной складке молочной железы, отступив от нее примерно 1 см с отслаиванием ее от фасции большой грудной мышцы. Он хорошо дренирует, косметичен и может быть зашит до дренажа первичным или вторичным швом.

- При имеющемся некрозе кожи его иссекают двумя полуовальными разрезами и из этого доступа выполняют хирургическую обработку первичного очага.
- Широко используют адекватное дренирование гнойного очага, в т.ч. с применением дренажно-промывной системы (длительное капельное промывание раны в послеоперационном периоде растворами антисептиков).
- Закрытие раны проводится первичным швом, а при противопоказаниях – наложением вторичных швов и применение кожной пластики.