

# Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки. Мастит

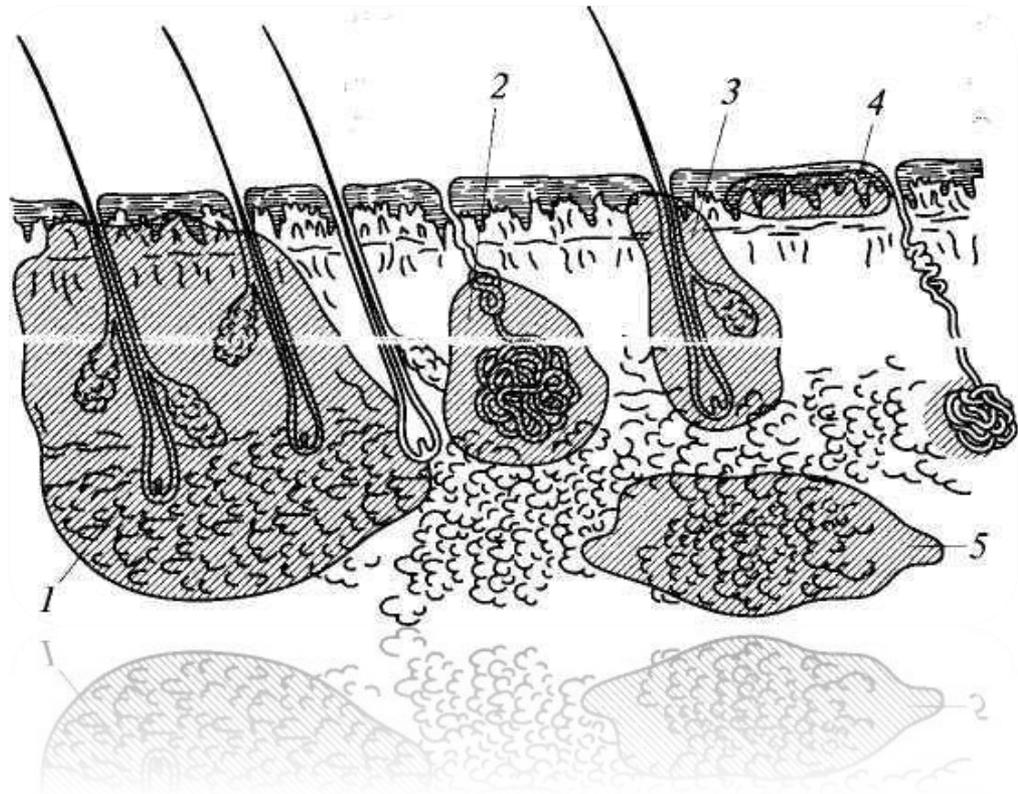
*Выполнили: 305 группа лечебного факультета*

*Преподаватель: Фролов А.П.*



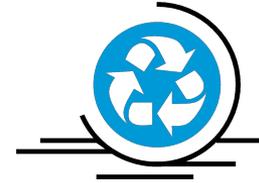
# Оглавление:

- [Введение](#)
- [Фолликулит](#)
- [Фурункул](#)
- [Карбункул](#)
- [Гидраденит](#)
- [Лимфангит](#)
- [Абсцесс](#)
- [Флегмона](#)
- [Рожа](#)
- [Мастит](#)



Для перехода щелкните левой кнопкой мыши по интересующему вас разделу

Вернуться в  
оглавление



# Введение:

- *Актуальность проблемы гнойно-воспалительных процессов в хирургии обусловлена не только их широкой распространенностью, но и тяжелым течением, низкой эффективностью современной терапии, развитием полиорганной недостаточности. Под влиянием местного гнойно-воспалительного процесса в организме активизируются процессы ПОЛ, происходит накопление продуктов нарушенного метаболизма. Это ведет к нарушению гомеостаза, реологии крови и микроциркуляции. Страдает функция клеточных мембран, внутриклеточных дыхательных ферментов. Механизм повреждающего действия чрезмерной активации свободно-радикальных процессов на уровне клетки является одной из основных причин тяжелого течения инфекционного процесса*

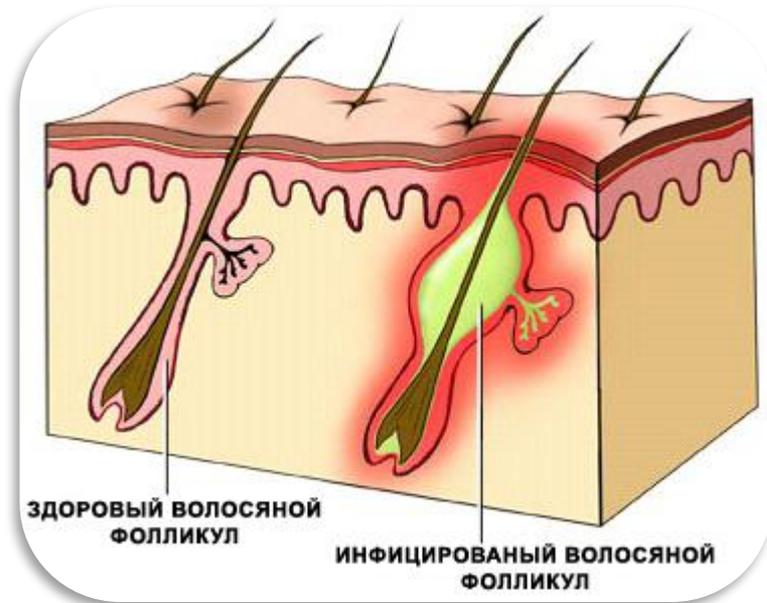


Вернуться в  
оглавление



# Фолликулит

- (folliculitis; лат. folliculus мешочек +-itis) — форма поверхностной пиодермии, развивающаяся в пределах волосяной воронки или всего волосяного фолликула.





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез фолликулита

## Этиология

- Вызывается золотистым, реже белым стафилококком.



## Патогенез

В патогенезе важная роль принадлежит:

- микротравмам,
- загрязнению кожи,
- снижению резистентности организма, обусловленной различными экзогенными (например, переохлаждение) и эндогенными (сахарный диабет, анемия, заболевания печени, неполноценное питание и др.) факторами.

Локализация разнообразная, но чаще всего наблюдается на коже задней поверхности шеи, предплечий, бедер и голеней.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение фолликулита

## Клинические проявления

Различают:

- поверхностный (остиофолликулит) - гнойнички (пустулы) размером от 2 до 5 мм в диаметре, конической или полушаровидной формы, связанные с устьями волосяных воронок и пронизанные обычно в центральной части волосом. Окружены небольшим розово-красным воспалительным ободком; болевые ощущения, как правило, отсутствуют. На 2—3-й день содержимое гнойничков ссыхается в коричневую корку, после отторжения которой может оставаться незначительная пигментация и шелушение.
- глубокий фолликулит. Характеризуется возникновением на коже плотноватых болезненных узелков красного цвета размером до 10 мм с пустулой на поверхности, пронизанной волосом. Через несколько дней пустула вскрывается или ссыхается в желтую корку, а узелок разрешается. Такой фолликулит может развиваться самостоятельно или ему предшествует остиофолликулит.

## Лечение

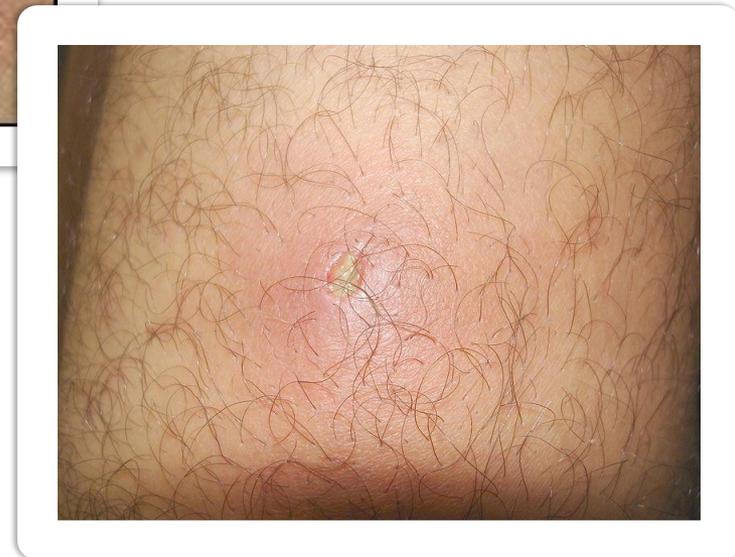
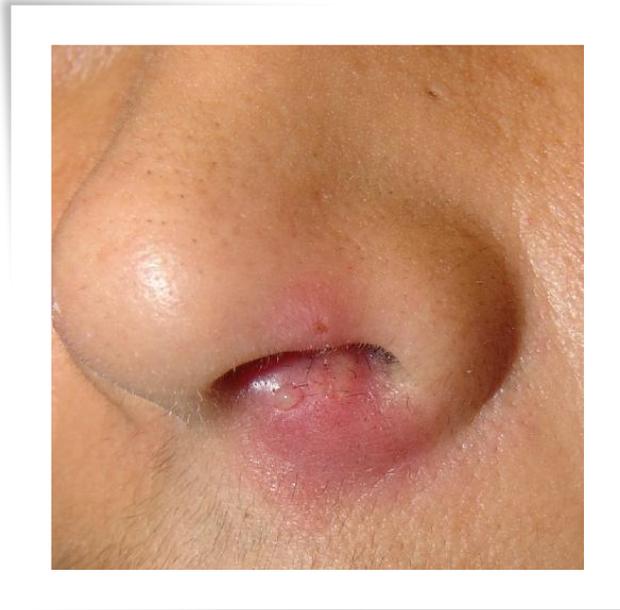
- При поверхностном фолликулите оно заключается во вскрытии пустул, удалении ватным тампоном гноя и смазывания 2—3 раза в день 1—2% спиртовым раствором метиленового синего или бриллиантового зеленого, фулорцином.
- При глубоких фолликулитах наружно применяют чистый ихтиол, который накладывают на весь элемент в виде лепешки, меняя ее 1—2 раза в сутки.
- При хроническом рецидивирующем течении фолликулита назначают антибиотики или сульфаниламиды, а также специфическую и неспецифическую иммунотерапию. Кожу вокруг фолликулита дважды в день протирают камфорным спиртом или 2% раствором салициловой кислоты. Область поражения до полного разрешения фолликулита не следует мыть водой и накладывать на нее компрессы. Во избежание развития осложнений не следует сдавливать фолликулит или пытаться выдавить его «содержимое», что может повлечь развитие



Вернуться в  
оглавление



**Фурункул** - это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка и окружающей соединительной ткани





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез фурункула

## Этиология

- Возбудитель золотистый, реже белый стафилококк.



## Патогенез

- Развивается фурункул чаще всего на загрязненной коже, на месте расчесов и ссадин, а также на том участке кожи, который постоянно раздражается потом, где тело натирают складки одежды. В основе возникновения фурункула - проникновение инфекции в волосяной мешочек. Стенки фолликула и сальная железа воспаляются, на коже появляется сначала небольшой болезненный узелок ярко-красного цвета, который постепенно увеличивается, начинает возвышаться над поверхностью кожи
- Экзогенными факторами являются повреждения кожи (расчесы, ссадины, дерматит и др.), загрязнение ее частицами пыли, угля и т.д., пиодермия;
- Эндогенными — эндокринные нарушения (сахарный диабет, ожирение), нарушение обмена (гиповитаминоз, анемия), алкоголизм, переохлаждение и др.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение фурункула

## Клинические проявления

На коже появляется сначала небольшой болезненный узелок ярко-красного цвета, который постепенно увеличивается, начинает возвышаться над поверхностью кожи и достигает размеров в 1,5-2 см. Внутри идет процесс некроза (омертвения) тканей и нагноения. Через несколько дней фурункул прорывается, и выделяется гной. Потом вместе с кровью и остатками гноя выделяется некротический стержень, после чего боль в месте фурункула практически прекращается и довольно быстро идет процесс заживления и рубцевания. В среднем продолжительность развития фурункула составляет семь-восемь дней. Кроме местных симптомов, бывают общие: нарушается самочувствие, страдают сон и аппетит, иногда повышается температура тела. Возникнуть фурункул может на любом участке тела, где только есть волосяные фолликулы. Очень опасное явление - фурункулы на лице; особенно в области так называемого носогубного треугольника, треугольника смерти. Опасность распространения инфекции многократно повышается при попытках выдавить фурункул, локализующийся на лице.

## Лечение

- Лечение фурункула только хирургическое, т.к. никакая другая терапия не приведет к успеху, если не будет своевременно удален или вскрыт и дренирован очаг гнойного воспаления.
- Вскрытие фурункула (для обеспечения оттока гнойному отделяемому и затем постоянного дренажа из раны) как правило производится под местной анестезией и для пациента проходит безболезненно. Простые (не осложненные) фурункулы могут лечиться амбулаторно и не требуют госпитализации. Но в случае тяжелого течения, если у пациента появляется отек мягких тканей щеки, губы или глаза - необходима неотложная госпитализация в хирургическое отделение для постоянного контроля за развитием процесса и предупреждения осложнений. При высокой температуре назначают строгий постельный режим, жидкую пищу, больному запрещают разговаривать, жевать.



Вернуться в  
оглавление



# Карбункул

- (лат. carbunculus, буквально «уголёк»; старинное рус. название — огневик, углевик) — острое гнойно-некротическое воспаление кожи и подкожной клетчатки вокруг группы волосяных мешочков и сальных желёз, имеющее тенденцию к быстрому распространению.





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез карбункула

## Этиология

- Карбункул вызывают стафилококки, реже — стрептококки, кишечная палочка, протей, энтерококки, неклостридиальные анаэробы.



## Патогенез

Возникают чаще всего при загрязнении кожи в местах трения её одеждой, вследствие попадания гноеродных микробов. Возникновению и развитию карбункулов способствуют истощение, сахарный диабет, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, печени и почек, авитаминоз К. может сформироваться в результате распространения воспалительного процесса с одного волосяного фолликула на другой с одновременным поражением нескольких фолликулов, а также



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение карбункула

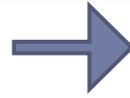
## Клинические проявления

Карбункул, как правило, бывает одиночным. Локализуется на шее, в межлопаточной области, на лице, пояснице, ягодицах, реже на конечностях. Вначале образуется небольшой воспалительный инфильтрат, быстро увеличивающийся в размерах. Кожа над ним становится отечной, синюшно-багровой, напряженной, в ней образуются свищи («сито»), через которые выделяется густой зеленовато-серый гной.

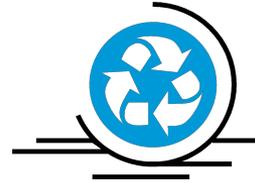
Больного беспокоит постоянная распирающая боль в зоне поражения; возникают ознобы, недомогание, сильная головная боль, бессонница, повышение температуры тела до 40°, тахикардия, иногда бред и бессознательное состояние. Эти проявления бывают особенно резко выражены при К. лица и крупных К. другой локализации. Некроз – через 3-5 дней.

## Лечение

Как любой гнойник, карбункул подлежит немедленному хирургическому вскрытию и дренированию гнойной полости. Карбункул крестообразно рассекают через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с последующей некрэктомией. Операцию заканчивают введением в рану тампонов с гипертоническим раствором хлорида натрия или протеолитическими ферментами. Далее проводится консервативная терапия с применением антибиотиков, дважды в сутки перевязки с санацией полости гнойника, до заживления раны вторичным натяжением. Лечение

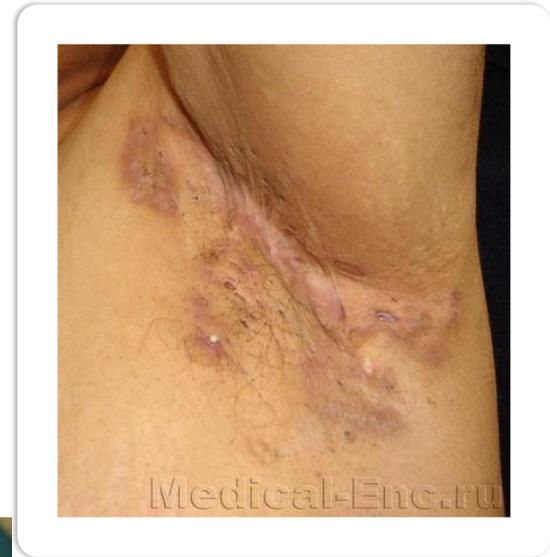


Вернуться в  
оглавление



# Гидраденит

- (hidradenitis; греч. hidrōs пот + adēn железа + -itis) гнойное воспаление апокриновых потовых желез.





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез гидраденита

## Этиология

Возбудителями данного заболевания являются стафилококки, стрептококки, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* и *Pseudomonas aeruginosa*. Входными воротами для возбудителя являются выводные протоки желез, а затем через железы, окружающую жировую клетчатку или небольшие повреждения кожи (ссадины, расчесы).

## Патогенез

- Патогенез неясен. Механизм может быть следующим:
- формирование в протоке апокриновой потовой железы роговой пробки
  - расширение протока потовой железы и волосяного фолликула
  - тяжелое воспаление потовой железы
  - размножение бактерий в расширенном протоке потовой железы
  - разрыв протока или железы и распространение инфекции
  - распространение гнойного процесса, разрушение тканей
  - изъязвление и фиброз, образование свищевых ходов.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение гидраденита

## Клинические проявления

- На месте воспаления возникает ощущение зуда
- Появляется плотная на ощупь болезненная припухлость
- Кожа над ней становится багрово-красной. Центр припухлости постепенно размягчается, вскрывается, и через образовавшееся отверстие начинает выделяться гной.
- Образование рубца

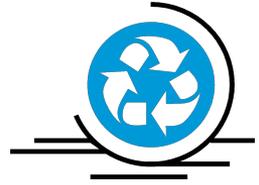
Цикл развития инфильтрата продолжается 10-15 дней. Часто в процесс воспаления вовлекаются соседние потовые железы. При этом образуется обширный очень болезненный инфильтрат, кожа над которым становится бугристой. При последовательном поражении всё новых и новых потовых желёз процесс затягивается на месяц и более. Гидраденит нередко сопровождается симптомами общей

## Лечение

1. Хирургическое лечение: вскрытие абсцесса, удаление гноя, дренирование, повязки с протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, химопсин), 10% раствором хлорида натрия.
2. Консервативное лечение: удаление волос, обработка кожи антисептическими растворами (96% этиловым спиртом, 3% раствором бриллиантового зеленого и др.), антибиотикотерапия, сухое тепло, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ультрафиолетовое облучение), повязки с синтомициновой эмульсией, с мазями, содержащими антибиотики.



Вернуться в  
оглавление



# Лимфангит

- (от лимфа и греч. *angéion* — сосуд), лимфангит — воспаление лимфатических сосудов.



Если воспаление возникает вокруг лимфатического ствола, то тогда возникает **перилимфангит**



Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез лимфангита

## Этиология

Наиболее частым возбудителем является золотистый с.тафилококк



## Патогенез

Первичным очагом инфекции могут быть инфицированные раны и ссадины, абсцессы, флегмоны, панариций и др. гнойные заболевания. Чаще всего лимфангит осложняет течение гнойно-воспалительных заболеваний конечностей. Это обусловлено большей частотой микротравм кожи, обилием патогенной микрофлоры и особенностями лимфообращения в данных участках тела. В местах внедрения микробов в межтканевые щели, а затем в лимфатические капилляры и сосуды развивается воспаление с явлениями покраснения кожи и отёка. Прогрессирование воспалительного процесса может привести к нагноению в окружающих тканях.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение лимфангита

## Клинические проявления

При сетчатом лимфангите наблюдается выраженное покраснение кожи без чётких границ; определяется сетчатый рисунок кожи в зоне покраснения. При глубоком лимфангите гиперемия кожи имеет вид отдельных полос, идущих от очага воспаления к зоне ближайших лимфоузлов. При надавливании отмечаются болезненные уплотнения по ходу лимфатических сосудов. Близлежащие лимфоузлы увеличены, плотные, болезненные. Если в процесс воспаления вовлечены глубокие пути лимфооттока, покраснение кожи отсутствует. Имеется боль в поражённой конечности, отёк, болезненность и раннее появление слоновости. Перилимфангит проявляется участками уплотнения мягких тканей по ходу лимфатических сосудов.

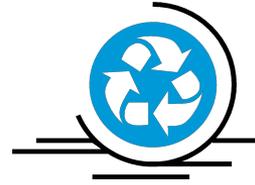
## Лечение

Лечение, прежде всего, должно быть направлено на ликвидацию первичного очага - вскрытие абсцесса, флегмоны, гнойных затёков, дренирование гнойников, адекватное лечение инфицированных и нагноившихся ран с последующей иммобилизацией конечности. Пациент должен находиться в больнице. Антибиотики обязательны. Противовоспалительное лечение проводится с использованием местной охлаждения, приёма больным противовоспалительных и антигистаминных препаратов.





Вернуться в  
оглавление

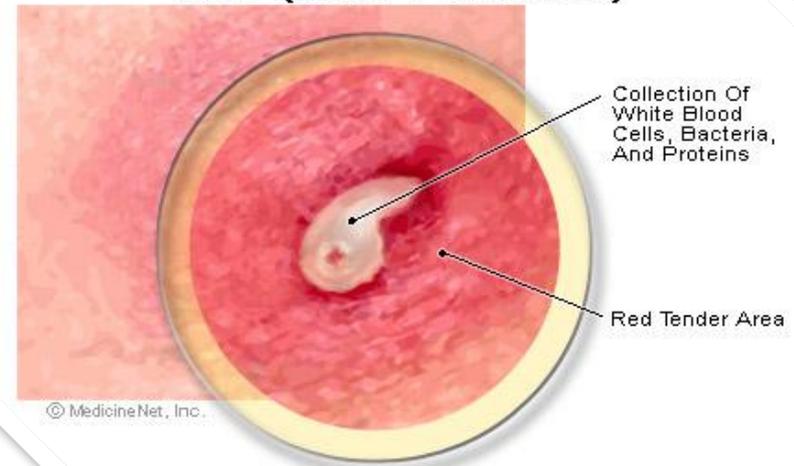


# Абсцесс

- (лат. abscessus — нарыв) — гнойное воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости, может развиваться в подкожной клетчатке, мышцах, костях, а также в органах или между ними



**Boil (Skin Abscess)**





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез абсцесса

## Этиология

Чаще всего возникновение А. обусловлено гнойной инфекцией, возбудители которой (стафилококк, кишечная палочка, протей и др.) проникают извне (экзогенная инфекция).

Кроме того, нередки случаи эндогенного инфицирования при распространении процесса или переносе возбудителей инфекции из соседних или отдаленных



## Патогенез

Патогенез абсцесса головного мозга может происходить по следующим путям:

- отогенный - проникновение инфекции в мозг при гнойных процессах среднего и внутреннего уха;
- риногенный - при гнойных процессах полости носа и придаточных пазух;
- гематогенный - при остеомиелите костей черепа, тромбофлебите лицевых вен, гнойных процессах мягких тканей головы.

При открытых черепно-мозговых травмах инфекция проникает через инфицированную раневую поверхность.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение абсцесса

## Клинические проявления

Особенностью абсцесса является наличие пиогенной мембраны — внутренней стенки гнойной полости, создаваемой окружающими очаг воспаления тканями (проявление нормальной защитной реакции организма). Пиогенная мембрана выстлана грануляционной тканью, она ограничивает гнойно-некротический процесс и продуцирует экссудат.

При поверхностно расположенном абсцессе местные проявления характеризуются классическими признаками воспаления (краснота, припухлость, боль, местное повышение температуры, нарушение функции), иногда определяется зыбление

## Лечение

1. Хирургическое лечение: вскрытие абсцесса, удаление гноя, дренирование, повязки с протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, химопсин), 10% раствором хлорида натрия.
2. Консервативное лечение: удаление волос, обработка кожи антисептическими растворами (96% этиловым спиртом, 3% раствором бриллиантового зеленого и др.), антибиотикотерапия, сухое тепло, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ультрафиолетовое облучение), повязки с синтомициновой эмульсией, с мазями, содержащими антибиотики.



Вернуться в  
оглавление



# Клинические исходы абсцесса

Исходом абсцесса может быть:

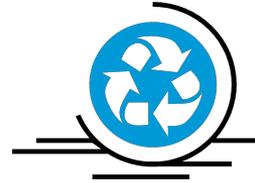
- ❖ спонтанное вскрытие с прорывом наружу (абсцесса подкожной клетчатки, мастит, парапроктит и др.);
- ❖ прорыв и опорожнение в закрытые полости (брюшную, плевральную, в полость сустава и др.);
- ❖ прорыв в просвет органов, сообщающихся с внешней средой (кишка, желудок, мочевого пузырь, бронхи и др.).
- ❖ Опорожнившаяся полость абсцесса при благоприятных условиях уменьшается в размерах, спадается и подвергается рубцеванию.

При неполном опорожнении полости абсцесса и плохом ее дренировании процесс может перейти в хронический с образованием свища.

Прорыв гноя в закрытые полости приводит к развитию в них гнойных процессов (перитонита, плеврита, перикардита, менингита, артрита и др.).

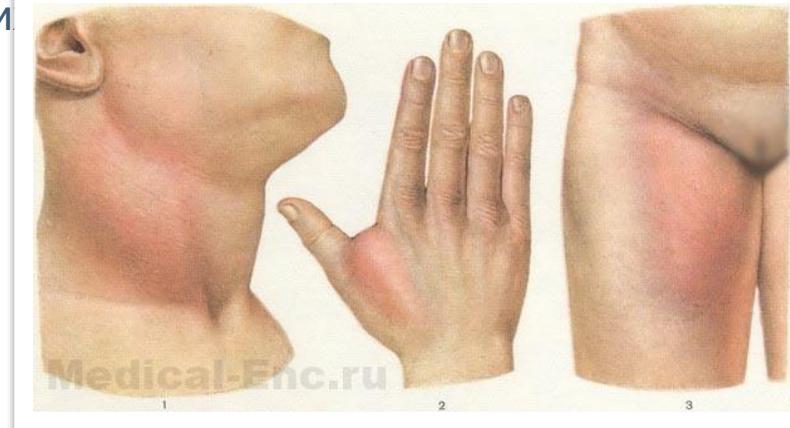


Вернуться в  
оглавление



# Флегмона

- (от греч. phlegmone – жар, воспаление) — острое разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки; в отличие от абсцесса не имеет чётки





Вернуться в  
оглавление



# Классификация флегмон

## По характеру экссудата

- серозная
- серозно-некротическая
- гнойная
- гнойно-геморрагическая
- Гнилостная

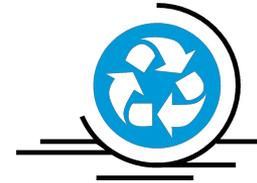
## По локализации

- эпифасциальная
- субфасциальная





Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез флегмоны

## Этиология

- Грамположительные кокки (Staphylococcus, Streptococcus)
- Анаэробная и гнилостная микрофлора
- Подкожное попадание различных химических веществ (скипидар,



## Патогенез

Проникновение микробов в мягкие ткани чаще всего происходит через поврежденную кожу или слизистую оболочку, но возможно лимфогенное или гематогенное распространение возбудителей инфекции из какого-либо гнойного очага (гнойное воспаление миндалин, почек, матки и др.). Возможно развитие гнойного поражения клетчатки при прорыве гноя из очага (карбункул, лимфаденит и др.) в близлежащие ткани.



Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение флегмон

## Клинические проявления

- Быстрое появление и распространение болезненной отёчности тканей
- Разлитая гиперемия кожи
- Лихорадка
- Боль
- Нарушение функции поражённой части тела
- Далее формируется плотный инфильтрат, который размягчается при формировании гнойных полостей
- Часто возникают злокачественные формы с быстрым прогрессированием процесса с захватом обширных участков

## Лечение

Основным методом лечения Флегмон является хирургическая операция. Консервативные методы лечения — антибиотикотерапия новокаиновые блокады, физиотерапевтическое лечение, введение препаратов, повышающих защитные силы организма больного, допустимы лишь в начальном периоде болезни. При отсутствии быстрого положительного эффекта (прекращение болей, нормализация температуры тела, улучшение общего самочувствия и показателей анализов крови), нарастании симптомов интоксикации показано экстренное оперативное вмешательство. Раннее оперативное вмешательство позволяет предотвратить значительное распространение гнойного процесса и развитие общей гнойной интоксикации.



Вернуться в  
оглавление



**Рожа** – (Erysipelas) - называют острое воспаление слоёв кожи, реже слизистых оболочек

### Этиология

β-гемолитическим  
стрептококком группы А

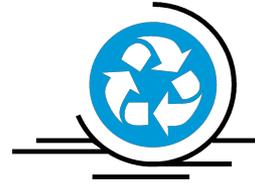


### Патогенез

инфицированию поврежденная кожа. Из входных ворот возбудитель по капиллярам и лимфатическим щелям распространяется по коже и слизистым, вызывая лимфангит, воспаления не только кожи, но и подкожной клетчатки.



Вернуться в  
оглавление



# Классификация рожи

## По характеру местных проявлений

- эритематозная
- буллезная
- флегмонозная
- некротическая

## По степени интоксикации

- I степень - легкая
- II степень - средняя
- III степень – тяжелая

## По кратности течения

- первичная
- вторичная (возникающая через два года)
- рецидивирующая

## По распространенности местных проявлений

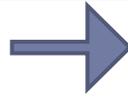
- локализованная
- распространенная
- метастатическая

## Осложнения рожи

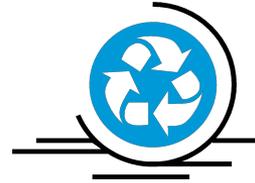
- местные
- общие

## Последствия рожи

- стойкий лимфостаз
- вторичная слоновость



Вернуться в  
оглавление

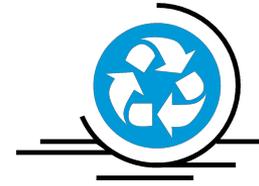


# Клинические стадии болезни

- 1) Инкубационный период** продолжается от нескольких часов до 3-5 суток, начинается остро.
- 2) Начальный период** характеризуется быстрым развитием. Отмечается головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли, тошнота и рвота, температура повышается до 38-40°C. На участках кожи в области будущих локальных проявлений у ряда больных ощущаются парестезии, чувство распирания или жжения, неинтенсивные боли.
- 3) Разгар заболевания** наступает в сроки от нескольких часов до 1-2 суток после первых проявлений болезни. Возникают характерные местные проявления рожи.
- 4) Период реконвалесценции.** Нормализация температуры и исчезновение интоксикации наблюдаются при роже раньше, чем исчезновение местных проявлений. К остаточным явлениям рожи относятся пастозность и пигментация кожи, застойная гиперемия на месте угасшей эритемы, плотные сухие корки на месте булл, отечный синдром.



Вернуться в  
оглавление



# Характер местных проявлений I

- **Эритематозная форма** – характерна жгучая боль, ощущение жара в пораженной области, появление яркой красноты с четкими границами. По очертаниям напоминает географическую карту, границы похожи на языки пламени
- **Буллезная форма** - кроме вышеуказанных признаков характерно возникновение различной величины пузырей, наполненных серозным, гнойным или геморрагическим экссудатом, в котором появляются стрептококки





Вернуться в  
оглавление



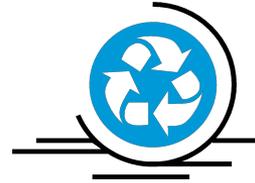
## Характер местных проявлений II

- **Флегмонозной форма** - изменения на поверхности кожи могут быть менее выраженными, но общие симптомы при этом проявляются сильнее, чем при эритематозной и буллезной формах. Общее состояние, как правило, тяжелое: тахикардия, высокая лихорадка, озноб
- **Некротическая форма** характеризуется появлением некрозов кожи – черных ограниченных безболезненных плотных участков на местах выраженной гиперемии, отека, пузырей





Вернуться в  
оглавление



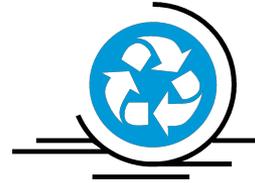
## Диагностические критерии рожи:

- 1) острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°C и выше;
- 2) преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице;
- 3) развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом;
- 4) развитие регионарного лимфаденита;
- 5) отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в док...





Вернуться в  
оглавление



# Лечение рожистого воспаления

Производится в зависимости от клинической формы заболевания, его кратности, степени интоксикации, характера местных поражений, наличия осложнений и последствий.

В условиях поликлиники целесообразно применение антибиотиков per os:

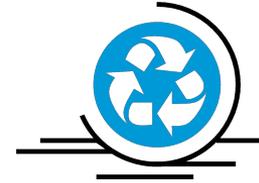
- Эритромицина 0.3г 4 раза в сутки
- спирамицина 3 млн МЕ 2 раза в сутки,
- азитромицина в 1е сутки 0.5, затем в течение 4х дней по 0.25 1раз в сутки и др.

В условия стационара целесообразно проводить курс бензилпенициллином в суточной дозе 6-12 млн ЕД, курс 10 дней. Возможно сочетание с гентамицином





Вернуться в  
оглавление



# Мастит

(от греч. *μαστός* — «сосок», «грудь»), **грудница** — воспаление молочной железы. У женщин, главным образом первородящих, наблюдается в период кормления ребёнка, однако может развиваться и перед родами, а также вне зависимости от беременности и родов, реже встречается у девушек и даже у мужчин.



Вернуться в  
оглавление



# Этиология и Патогенез мастита

## Этиология

Возбудитель — стафилококк, 80% всех случаев стрептококк и некоторые другие.

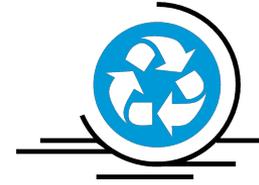


## Патогенез

Основные причины — застой молока, плохое опорожнение железы при кормлении, трещины соска. Попадая в такие условия, микробы, проникающие по лимфатическим путям и молочным ходам в железу, вызывают её воспаление. Микробы проникают в железу изо рта ребёнка, через загрязнённое бельё, при несоблюдении гигиенических правил ухода за молочной железой в период беременности и кормления. Наиболее частая причина возникновения трещин сосков — неправильное прикладывание ребёнка к груди.



Вернуться в  
оглавление



# Классификация маститов

## Формы острого мастита

- **серозный** (характеризуется ухудшением общего самочувствия, подъемом температуры, задержкой молока в молочной железе)
- **инфильтративный** (характеризуется появлением инфильтрата в молочной железе, который в последующем может преобразовываться в гнойник, кожа над инфильтратом приобретает красноватый оттенок)
- **гнойный** (характеризуется появлением гнойного воспаления)
- **абсцедирующий** (возникает абсцесс - ограниченный гнойный очаг)
- **флегмонозный** (гнойное воспаление распространяется по ткани молочной железы)
- **гангренозный** (образуются массивные некрозы в молочной железе).

## Маститы по течению

- Острые
- Хронические

## По связи с кормлением

- Лактационный
- Фиброзно-кистозный
- Грудница новорожденной

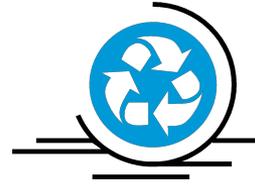
## По локализации

- Подкожный
- Интрамаммарный
- Ретромаммарный
- Галактофорит





Вернуться в  
оглавление



# Клиника и Лечение маститов

## Клинические проявления

- уплотнение молочной железы, покраснение кожи вокруг неё,
- сильная боль,
- повышение температуры, озноб.

При прогрессировании заболевания молочная железа увеличивается, кожа становится болезненной и горячей на ощупь. В толще самой железы может развиваться абсцесс. Кормить грудью становится резко болезненным процессом, к молоку иногда примешивается гной и кровь.

## Лечение

В острой стадии - холод на железу, новейшие антибиотики, полное опорожнение железы от молока (систематическое кормление больной грудью и тщательное сцеживание молока). При нагноении – обязательное вскрытие гнойника; при этом кормление пораженной грудью запрещается; молоко сцеживают молокоотсосом.

**Благодарим за внимание!**

A decorative graphic consisting of several horizontal lines of varying lengths and colors (light blue and white) extending across the bottom of the slide.