

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

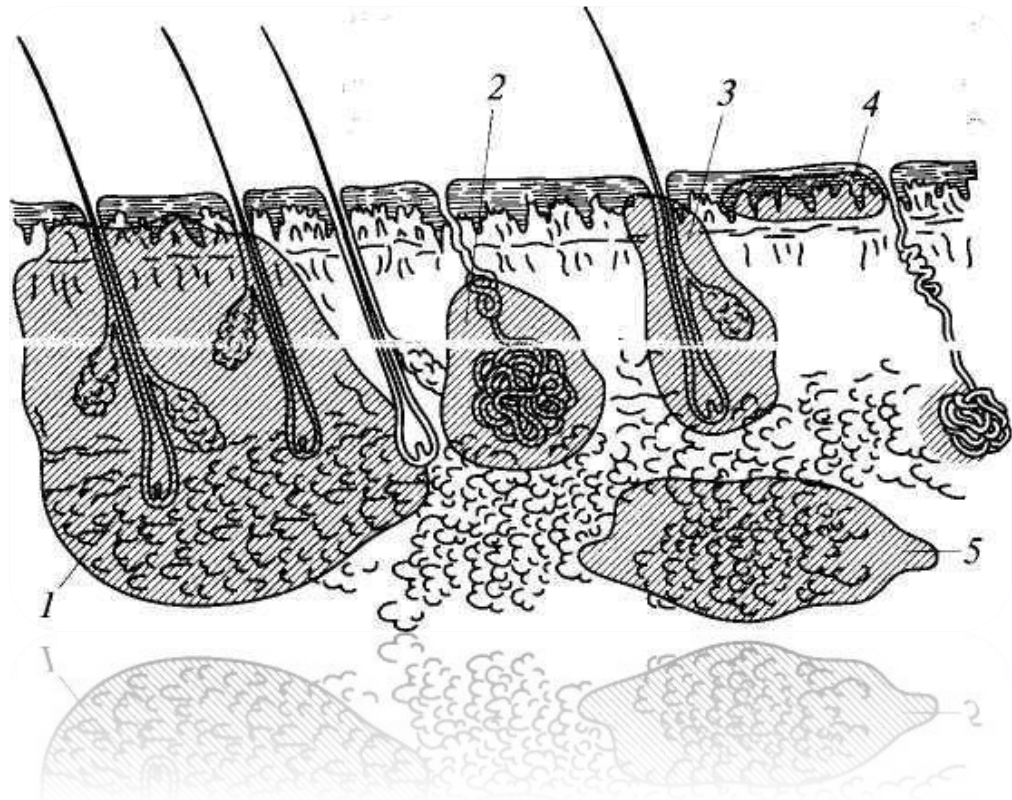
Выполнили: 305 группа лечебного факультета

Преподаватель: Фролов А.П.



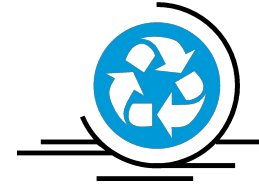
Оглавление:

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



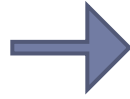
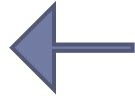
Для перехода щелкните левой кнопкой мыши по интересующему вас разделу

Вернуться в
оглавление

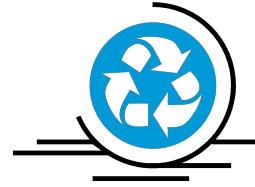


Введение:

- *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*

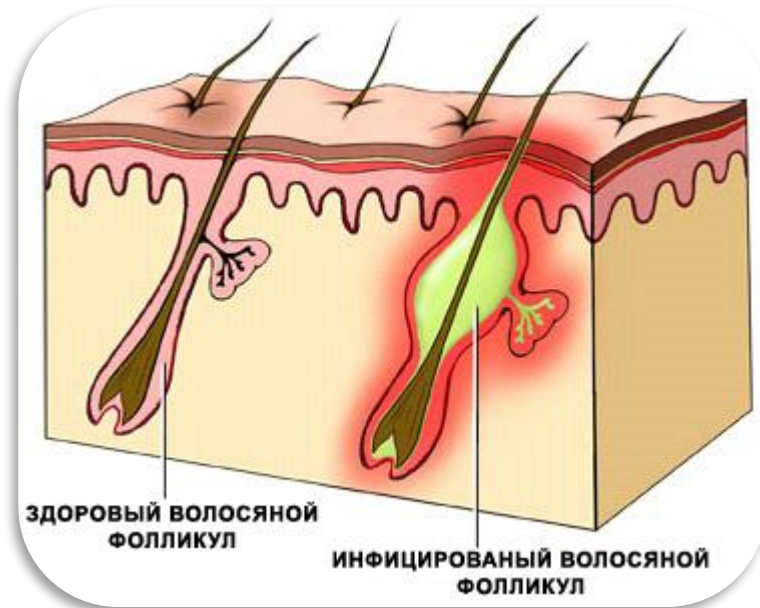


Вернуться в
оглавление



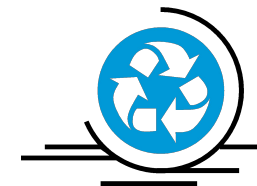
Фолликулит

- (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:

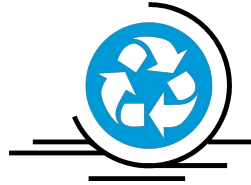
- поверхностный (остиофолликулит) - гнойнички (пустулы) размером от 2 до 5 мм в диаметре, конической или полушаровидной формы, связанные с устьями волосяных воронок и пронизанные обычно в центральной части волосом. Окружены небольшим розово-красным воспалительным ободком; болевые ощущения, как правило, 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

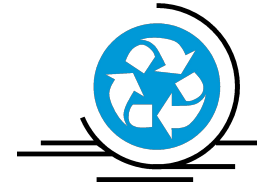


Фурункул - это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка и окружающей соединительной ткани





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

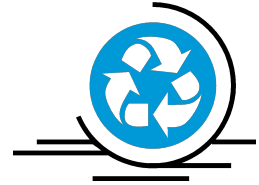
На коже появляется сначала небольшой болезненный узелок ярко-красного цвета, который постепенно увеличивается, начинает возвышаться над поверхностью кожи и достигает размеров в 1,5-2 см. Внутри идет процесс некроза (омертвения) тканей и нагноения. Через несколько дней фурункул прорывается, и выделяется 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.



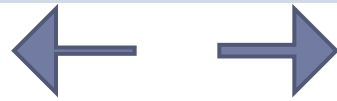
Вернуться в
оглавление



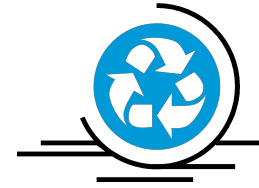
Карбункул

- (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.

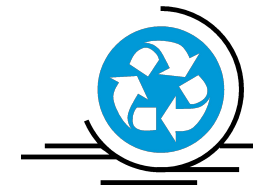


Патогенез

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. Карбункул 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

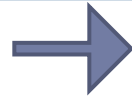
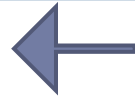
Клинические проявления

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

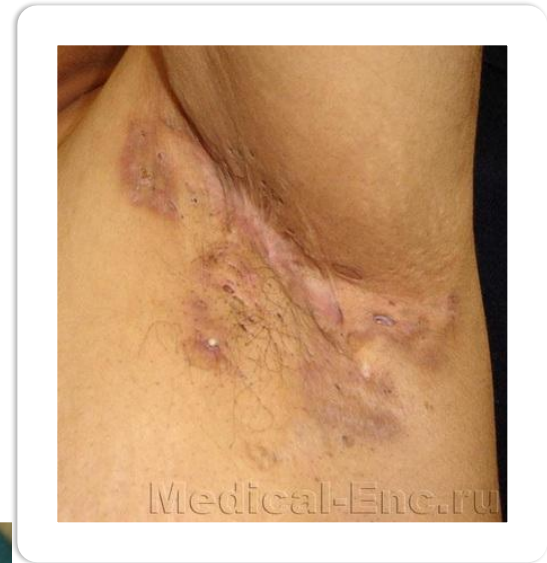


Вернуться в
оглавление



Гидраденит

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





Вернуться в
оглавление



Этиология и Патогенез гидраденита

Этиология

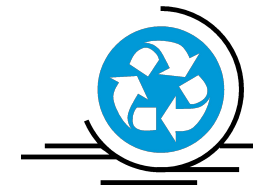
Возбудителями данного заболевания являются стафилококки, стрептококки, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* и *Pseudomonas aeruginosa*. Входными воротами для возбудителя являются выводные протоки желез, а затем через железы, окружающую жировую клетчатку или небольшие повреждения кожи (ссадины, расчесы).

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.

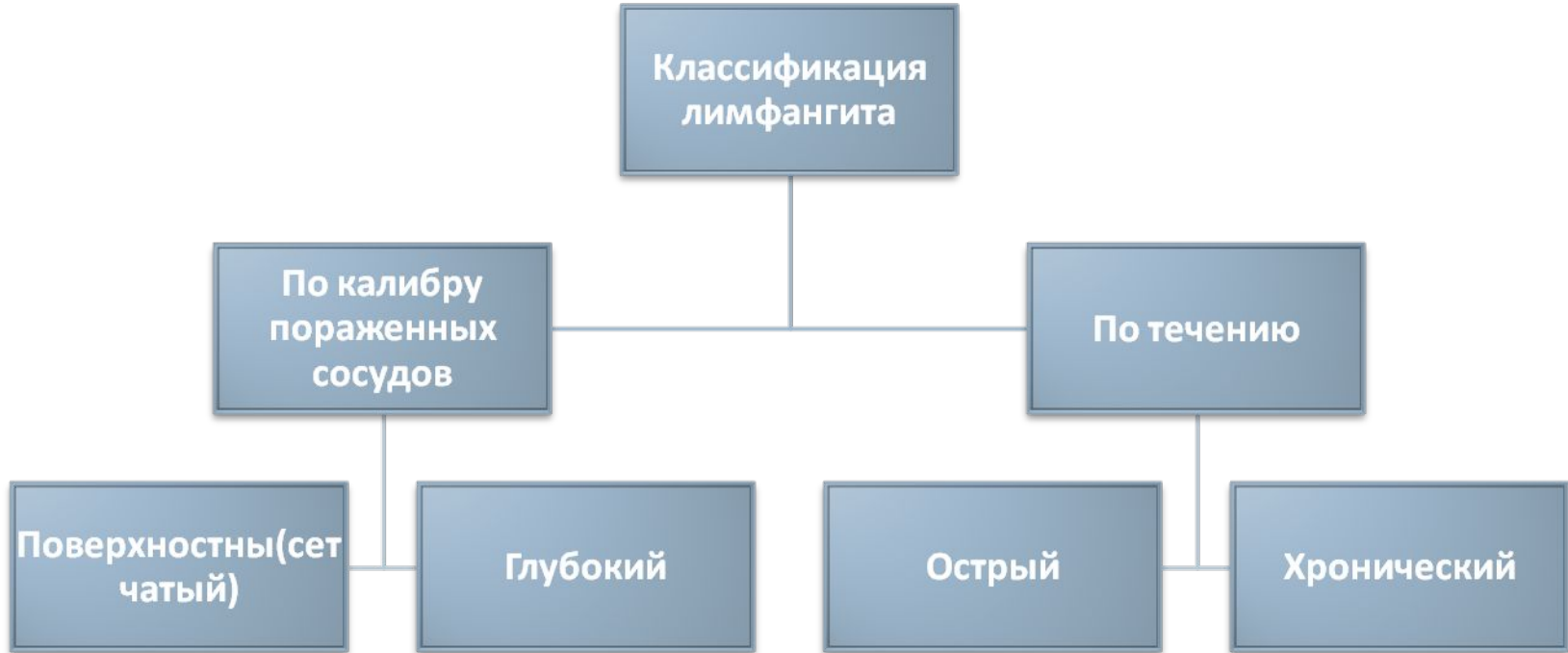


Вернуться в
оглавление



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.

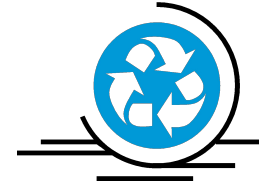
Лечение

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 большим количеством противовоспалительных и антигистаминных препаратов.



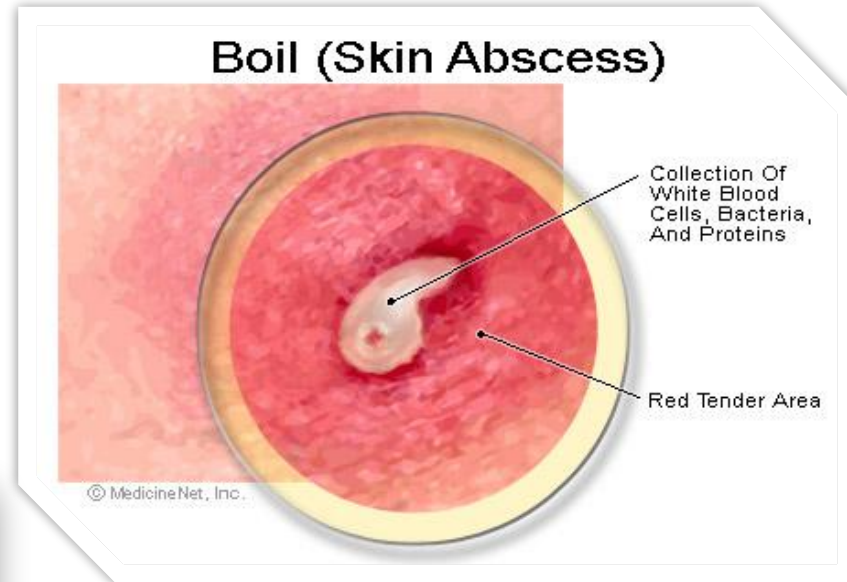


Вернуться в
оглавление



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





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

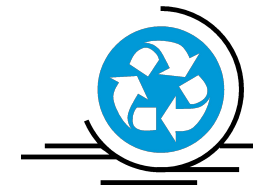
Патогенез абсцесса головного мозга может происходить по следующим путям:

- 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:

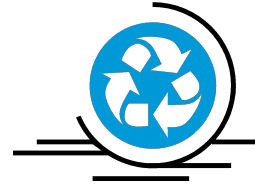
- ❖ спонтанное вскрытие с прорывом наружу (абсцесса подкожной клетчатки, мастит, парапроктит и др.);
- ❖ прорыв и опорожнение в закрытые полости (брюшную, плевральную, в полость сустава и др.);
- ❖ прорыв в просвет органов, сообщающихся с внешней средой (кишка, желудок, мочевого пузырь, бронхи и др.).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

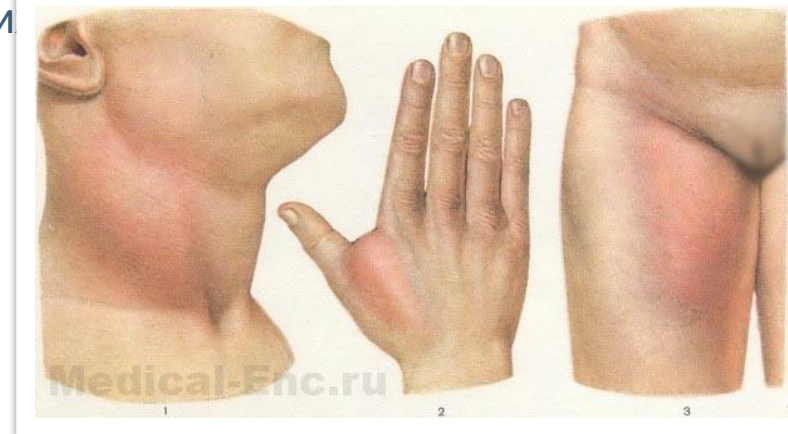


Вернуться в
оглавление



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,

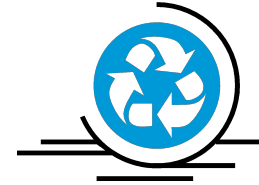


Патогенез

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



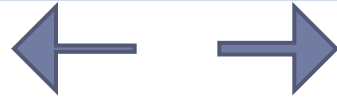
Клиника и Лечение флегмон

Клинические проявления

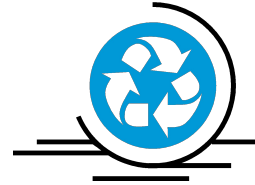
- Быстрое появление и распространение болезненной отёчности тканей
- Разлитая гиперемия кожи
- Лихорадка
- Боль
- Нарушение функции поражённой части тела
- Далее формируется плотный инфильтрат, который размягчается при формировании гнойных полостей
- Часто возникают злокачественные формы с быстрым прогрессированием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

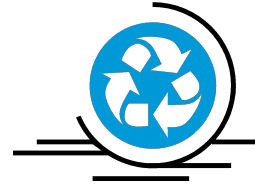


Патогенез

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



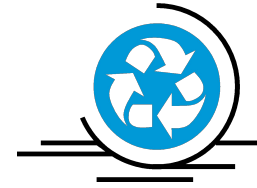
Характер местных проявлений I

- **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





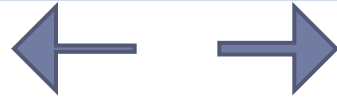
Вернуться в
оглавление



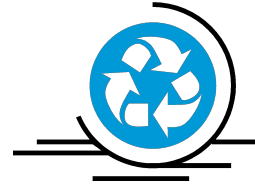
Характер местных проявлений II

- **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



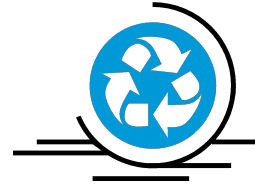
Диагностические критерии рожи:

- 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.

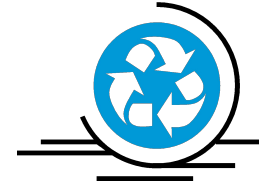


Патогенез

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

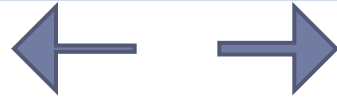
По связи с кормлением

- Лактационный
- Фиброзно-кистозный
- Грудница новорожденной

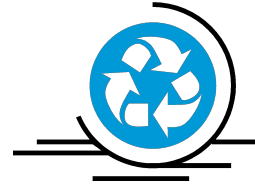
По локализации

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