

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/360489>

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Акушерство

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1 5

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. Этиология, патогенез мастита 5

1.2. Классификация, клиническая картина мастита 6

1.3. Роль акушерки в ведении пациенток с маститом 8

ГЛАВА 2. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ ЛАКТАЦИОННОМ МАСТИТЕ 14

2.1. Организация исследования 14

2.2. Результаты исследования 14

2.3. Рекомендации акушерке 23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 27

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 29

Актуальность. Мастит – это воспалительное заболевание молочной железы. Мастит может возникнуть у женщин любого возраста, и его осложнения могут быть опасными. Мастит чаще встречается в послеродовой период, когда происходит становление грудного вскармливания. Грудное молоко известно, как наиболее естественная физиологическая пища для новорожденных, его состав является важнейшим постнатальным фактором метаболической программы и иммунологического здоровья ребенка. Грудное молоко помогает выработать правильный циркадный ритм сна и бодрствования, который еще не установился в первые три месяца жизни. Доказано, что грудное вскармливание оказывает профилактическое действие в отношении ряда заболеваний. Поэтому невозможно переоценить важность грудного вскармливания при отсутствии заболеваний груди, особенно мастита. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, в том числе мастит, являются одной из актуальных проблем современного акушерства. В последние годы развитие и совершенствование методов диагностики, комплексное и рациональное лечение и профилактика позволили снизить частоту тяжелых клинических форм послеродовой инфекции (в т.ч. гнойный мастит) и их долю в структуре смертности женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Значительной тенденции к снижению заболеваемости маститом не наблюдается. В настоящее время заболеваемость маститом в Российской Федерации составляет в среднем от 1% до 6% от общего числа матерей. В очень редких случаях мастит возникает во время беременности и составляет 0,1-1% от всех случаев лактационного мастита.

Поэтому профилактика мастита должна быть начата во время беременности и продолжена после выписки из роддома под руководством медицинского персонала женской консультации.

Нами был сформулирован понятийный аппарат, согласно которому:

Объект исследования: послеродовой лактационный мастит как заболевание молочной железы.

Предмет исследования: тактика акушерки при послеродовом лактационном мастите.

Цель исследования: изучить акушерскую тактику при послеродовом лактационном мастите.

Задачи исследования:

1. Раскрыть этиологию и патогенез мастита.
2. Определить основные клинические формы мастита.
3. Рассмотреть роль акушерки в лечебно-диагностическом процессе.
4. Провести анкетирование женщин с маститом.
5. Разработать рекомендации акушерке.

Методы исследования:

1. Сравнительный анализ, синтез, обобщение, изучение и анализ литературы;
2. Анкетирование;
3. Математические методы обработки информации.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Этиология, патогенез мастита

Мастит поражает все социальные слои, независимо от того, распространено ли грудное вскармливание или нет. Официальная заболеваемость в мире обычно не превышает 10%. Мастит наиболее часто встречается на второй-третьей неделе после родов. В большинстве исследований от 75% до 95% случаев приходится на первые 12 недель. Однако он может возникнуть на любом этапе лактации. [11]

Причины мастита

Инфекции. Пусковым механизмом мастита у кормящих женщин всегда является активность условно-патогенных бактерий, которые обычно заселяют поверхность кожи (*Staphylococcus aureus* был выделен в 98% исследований). Трещины и микротравмы соска часто упоминаются в литературе как входные ворота для инфекции, и это действительно так: мастит часто начинается с места инфекции (например, микротравмы или трещины). Однако это происходит не во всех случаях. Микробиота протоков присутствует у кормящих и не кормящих женщин любого возраста, и ее не нужно переносить в будущее место воспаления через микротравму. В отсутствие входных ворот инфекции лактация продолжает вызывать мастит из-за застоя молока (лактаза) и жизнеспособности протоковой микрофлоры. Эта комбинация причин объясняет 85% случаев мастита во время лактации.

Неправильное грудное вскармливание Мастит может быть вызван задержкой или пропуском кормления, плохим захватом груди, кормлением из одной груди и травмой груди.

Анатомические аномалии и системные факторы. Мастит может возникнуть из-за анатомических аномалий соска и рубцов. Системные факторы, нарушающие нормальный поток молока из молочной железы: токсикоз, преждевременные роды и послеродовые осложнения.

1.2. Классификация, клиническая картина мастита

Классификации маститов, имеющие прикладное значение, отражают следующие параметры:

- форма течения;
- анатомическое расположение, степень распространения очага воспаления и стадия воспалительного процесса. [4]

Различают острый и хронический мастит. Острый мастит – это внезапное возникновение мастита в течение нескольких дней и появление клинических проявлений.

О хроническом мастите можно говорить по истечении шести месяцев, если во время лечения (или «без лечения») симптомы ослабевают, но не исчезают полностью, или если они исчезают на время и появляются вновь.

Хронический мастит может вызвать ряд проблем. Он может привести к образованию фистул (патологических ходов с выделениями из воспаленного участка на поверхность кожи) и может перейти в острый мастит в любое время.

В зависимости от характера воспалительного процесса различают две формы лактационного мастита:

- негнойные маститы – серозные и инфильтративные;
- гнойно-абсцессивный, инфильтративно-абсцессивный, флегмонозный и гангренозный мастит. [10]

В современных условиях клиническое течение мастита относятся следующие показатели:

- Отсроченное начало - начало заболевания после того, как женщина и ребенок покинули родильный дом. В большинстве случаев диагноз ставится во время первого визита женщины после выписки из роддома.
- Повышенная доля малосимптомных или бессимптомных маститов, а также общая клиническая картина, не соответствующая реальному течению заболевания.
- Затяжные формы.
- Преобладают инфильтративная и гнойная формы. [9]

Клинические проявления серозного мастита: Заболевание всегда внезапное и острое, проявляется высокой температурой 38-39°C, с ознобом или без него. Оно также может сопровождаться такими клиническими признаками, как головная боль, недомогание и общая слабость. Однако, основным симптомом мастита является боль в груди во время кормления и сцеживания. Эта боль вызвана набухшими молочными протоками, которые препятствуют оттоку молока. При пальпации в молочной железе может быть обнаружено уплотнение.

Клиническая картина инфильтративно-гнойного и абсцедирующего мастита: эти формы возникают при неадекватном лечении серозного мастита или его отсутствии. Температура тела повышается до 39-40 °C и часто сопровождается ознобом. Состояние ухудшается. Грудь увеличивается в объеме и размере, кожа

становится синюшного цвета. При пальпации врач может обнаружить хорошо выраженный инфильтрат с ровными границами и увеличение региональных подмышечных лимфатических узлов. Вышеперечисленные нарушения часто связаны с нежеланием сцеживать молочную железу и трудностями при кормлении. Наиболее тяжелопротекаемой формой мастита является флегмонозный мастит. Эта форма возникает при наложении друг на друга нескольких очагов нагноения молочной железы. Она также сопровождается резким и тяжелым ухудшением общего состояния пациентки, повышением температуры до 39-40°C, ознобом и интоксикацией. Объем и размер молочной железы увеличивается, а окружающая кожа становится очень отечной и набухшей, местами с цианозом. Лимфатические узлы также увеличены. При пальпации грудь отечна и болезненна. [18]

Гангренозная форма мастита. Эта форма начинается, когда женщина задерживается с обращением за медицинской помощью или длительное время лечится амбулаторно без наблюдения врача или медсестры. Эта форма имеет острое начало и клинические симптомы с признаками интоксикации, которые могут проявляться в виде некротических изменений в различных участках молочной железы. Общее состояние пациентки заметно ухудшается, появляются потеря аппетита, головная боль, бессонница и сильная боль в груди. Температура тела достигает 39-41°C, тахикардия (120-130 ударов в минуту). Грудь увеличивается в размере и объеме, болезненна при пальпации, отечна и нагрубает, с участками синюшности и некроза. Выделение молока отсутствует. При пальпации также можно отметить увеличенные лимфатические узлы

1. Абаева, Д. С. Особенности хирургического лечения лактационного мастита (обзор литературы) / Д. С. Абаева, Х. Р. Цугаева. // Молодой ученый. - 2022. - № 26 (421). - С. 40-42.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян. - 10-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 768 с.
3. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 400 с.
4. Акулич, Н. С. Физиология послеродового периода. Лактация. Грудное вскармливание: учебно-методическое пособие / Н. С. Акулич, В. М. Савицкая, Р. Л. Коршикова. - Минск: БГМУ, 2021. - 36 с.
5. Акушерство. Национальное руководство под редакцией Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 1743 с.
6. Алексеев С.А., Попков О.В., Гинюк В.А., Кошевский П.П. «Острый гнойный лактационный мастит и особенности его хирургического лечения»//Военная медицина, 2018. С- 93-98
7. Балущкина А.А., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Пустотина О.А. «Москалева Г.В. Новые тенденции в профилактике и лечении послеродового мастита и лактостаза»// Медицинский совет №2. 2019. - 137 с.
8. Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве: Учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов - Краснодар: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2019, - 115с.
9. Дзигуа М.В. Физиологическое акушерство: учебник. / Дзигуа М.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с.
10. Дуда, Вл. И. Акушерство / Вл.И. Дуда, В.И. Дуда, О.Г. Дражина. - М.: Оникс, 2022. - 464 с.
11. Кретова, Н. Е. Акушерство и гинекология / Н.Е. Кретова, Л.М. Смирнова. - Москва: СПб.: Питер, 2019. - 320 с.
12. Линева, О. И. Акушерство / О.И. Линева, О.В. Сивочалова, Л.В. Гаврилова. - М.: Академия, 2020. - 272 с.
13. Радзинский В.Е., Акушерство: учебник / под ред. Радзинского В.Е. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 912 с.
14. Руководство для акушеров фельдшерско-акушерского пункта / под ред. В.Е. Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с.
15. Савельева Г.М., Акушерство: Национальное руководство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский. - Изд 2-е., перераб. и доп. - М.: «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019. - 1080 с.
16. Серов, В. Н. Акушерство / В.Н. Серов, А.С. Гаспаров, В.И. Кулаков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2022. - 696 с.
17. Славянова, И. К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Практикум / И.К. Славянова. - М.: Феникс, 2019. - 352 с.
18. Смирнова, Л. М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова, Р.А. Саидова, С.Г. Брагинская. - Москва: СИНТЕГ, 2019. - 368 с.
19. Овсянниковой, Т. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии / Под редакцией И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. - 720 с.
20. Хирургические болезни. Учебно-методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А. - Екатеринбург, 2018. - 22 с.
21. Яковенко О.И., Акимов В.П., Актуальные проблемы лечения лактационных маститов - Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2022 - 15 с

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/360489>