

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОСЛЕРОВОДОГО МАСТИТА**

Дипломная работа

**студентки очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051528
Мусаевой Наргилы Абдуллаевны**

Научный руководитель
преподаватель Величкова С.М.

Рецензент
старшая акушерка, отделение акушерской
патологии беременности №2
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА.....	5
1.1 Понятие, причины возникновения, классификация мастита, клиническая картина.....	5
1.2. Диагностика, лечение послеродового мастита	9
1.3 Профилактика послеродового мастита.....	13
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА.....	16
2.1 Организация работы перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	16
2.2 Социологическое исследование	19
2.3. Роль акушерки в профилактике послеродового мастита.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЕ	36

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем клинической медицины продолжает оставаться проблема распространения послеродовых инфекций. Послеродовый (лактационный) мастит занимает особое место в данном процессе.

В последние годы распространенность послеродового мастита несколько уменьшилась. Частота их в настоящее время составляет 2 – 33% по отношению к общему количеству родов в мире, в России 2,4 – 18%.

Течение заболевания отличается большим числом гнойных форм, резистентностью к лечению, характеризуется обширными поражениями молочных желез, тенденцией к генерализации. Велика роль мастита в инфицировании новорожденных, как в процессе лактации, так и при контакте родильниц с новорожденными.

Остается значительным процент повторных госпитализаций и операций (до 37% и даже до 49%). Длительное лечение больных в поликлиниках и стационаре, применение дорогостоящих препаратов и оборудования, вынужденное прекращение трудовой деятельности родственников больной в связи с необходимостью ухода за ребенком, приносят существенный экономический ущерб, что придает этой проблеме общегосударственное значение и особую социальную значимость. Все вышеперечисленные факторы свидетельствуют об **актуальности** выбранной темы.

Проблемы, появляющиеся в результате развития такого послеродового осложнения, как лактационный (послеродовый) мастит, требуют максимального внимания к данному вопросу со стороны медицинских работников акушерско-гинекологических учреждений. На первое место выходит последовательное проведение ряда обоснованных и проверенных практикой мероприятий, направленных на правильную профилактику, лечение и диагностику этого осложнения у родильниц.

Важная роль в осуществлении всех этих мероприятий принадлежит среднему медицинскому персоналу акушерско-гинекологических служб.

Целью дипломной работы является определение роли акушерки в профилактике послеродового мастита.

Исходя из цели исследования, мы ставили следующие **задачи**:

- изучить теоретические основы послеродового мастита (понятие, причины возникновения, клинические проявления);
- рассмотреть диагностические, лечебные и профилактические мероприятия, проводимые акушерско-гинекологической службой в перинатальном центре ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» города Белгорода;
- определить роль акушерки в проведении мероприятий, направленных на профилактику и диагностику послеродового мастита;
- разработать практические рекомендации для родильниц по профилактике послеродового мастита.

Объектом исследования являются женщины с маститом возникшим в качестве послеродового осложнения.

В качестве **предмета** исследования мы рассматриваем современные и эффективные формы профилактической работы акушерки с женщинами по вопросам послеродового мастита.

Методы исследования, использованные в данной работе:

- анализ литературных источников;
- анализ и обобщение статистических данных;
- анкетирование женщин.

Структура выпускной квалификационной работы представлена следующим образом: введение, глава I, глава II, заключение, список использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

1.1 Понятие, причины возникновения, классификация мастита, клиническая картина

Под понятием мастит понимают воспалительный процесс в тканях молочной железы, который проявляется сильными распирающими болями в груди, набуханием, уплотнением, покраснением кожи железы, резким подъемом температуры тела, ознобом. Диагностируется мастит при визуальном осмотре маммологом, дополнительно возможно проведение УЗИ молочной железы. Заболевание может привести к образованию гнойника, абсцесса, флегмоны, некроза в молочной железе, развитию сепсиса и даже летального исхода. В случае микробного обсеменения молока кормление грудью придется прекратить. В отдаленном периоде может возникнуть деформация молочной железы, повышается риск развития мастопатии и рака груди [1, с. 464].

Заболевание мастит, характеризующееся закупоркой млечного протока, как правило, возникает в лактационный период.

Лактационный мастит является наиболее распространенным видом. Об этиологии, лечении, профилактике этого недуга должно быть известно каждой женщине. Чаще всего причиной воспаления молочной железы служит инфекция. В 90 % случаев возбудитель – золотистый стафилококк, также вызывают мастит стрептококк, кишечная палочка. Возбудитель легко проникает в молочную железу через трещины в сосках, а также через очаги, которые присутствуют при тонзиллите хронической формы или пиелонефрите. При здоровой иммунной системе организм легко справляется с незначительными инфекциями. Однако при снижении иммунитета сил на борьбу с возбудителями нет. Роды для организма – это сильный стресс, все силы направлены на восстановление. Немудрено, что очень часто после родов у женщин развивается мастит, когда даже малейшее проникновение возбудителя

вызывает воспаление. Чаще всего маститом заболевают первородящие. Причиной тому является высокая частота развития застоя молока в связи с неправильным сцеживанием. Женщины, которые не впервые кормят грудью, заболевают маститом в связи с низкими защитными свойствами из-за сопутствующих хронических заболеваний [3, с. 102].

Основными возбудителями мастита являются стафилококки, стрептококки и другие микробы, живущие на коже человека. Через неокрепшую кожу соска, трещины, царапины микробы проникают в ткань молочной железы и приводят к развитию воспалительного процесса.

Вот почему самой часто встречающейся формой мастита является мастит у кормящей матери, в послеродовом периоде. Учитывается также ослабление защитных функций организма после родов, организм родившей женщины не справляется сам с возникшей инфекцией и развивается мастит. Заболевание может развиваться в родильном доме или после выписки. В настоящее время послеродовой мастит развивается преимущественно во внебольничных условиях на 2-4-ой недели послеродового периода.

Причины, способствующие развитию послеродового мастита

- Неправильное прикладывание ребенка к груди очень часто вызывает появление трещин сосков, через которые патогенным микроорганизмам легко проникнуть вглубь железы.

- Помимо травм соска, послеродовой мастит возникает также при лактостазе, то есть застое и нарушении оттока молока. Лактостаз часто развивается из-за чрезмерной выработки молока, а также от неправильного сцеживания груди

- Нарушение физиологически правильной гормональной регуляции.
- Наличие частых стрессов, которые способны вести к гормональному дисбалансу.

- Неправильное или недостаточное опорожнение молочной железы в непосредственном процессе грудного вскармливания. Это бывает, когда ребенок очень слаб, либо у него проблема с аппетитом.

- **Повышение потливости женщины.** Ведь постоянная повышенная потеря жидкости организмом женщины ведет к тому, что молоко становится более густым, в результате чего может наблюдаться его застой и недостаточный оттока.

Иногда молочная железа инфицируется кишечной палочкой. В большинстве случаев мастит развивается как результат продолжительного застоя молока в молочной железе. Развивающаяся инфекция провоцирует воспалительную реакцию, лихорадку, нагноение.

Воспаление тканей молочной железы образовавшиеся в послеродовом периоде на фоне лактации называют послеродовым маститом. Несоблюдение личной гигиены, наличие каких либо заболеваний, сниженный иммунитет организма, осложненная родовая деятельность, осложненное течение послеродового периода, неправильное сцеживание молока, трещины сосков являются основными факторами риска.

В научной литературе существует несколько классификаций мастита. Так, например, Орлова В.С. в Справочнике по акушерству и гинекологии классифицирует мастит по течению заболевания, по инфекционному агенту, по площади поражения и по количеству очагов [18, с. 132].

По течению заболевания:

- 1) острый мастит;
- 2) мастит серозной формы;
- 3) мастит острой инфильтративной и деструктивно-абсцедирующей формы;
- 4) мастит флегмонозной формы;
- 5) мастит гангренозной формы;
- 6) хронический мастит;
- 7) мастит гнойной формы;
- 8) мастит негнойной формы;

По инфекционному агенту заболевания:

- 1) неспецифический мастит;

2) специфический мастит;

По площади поражения:

1) двусторонний мастит;

2) односторонний мастит;

3) галактофорит;

4) ареолит;

5) поверхностный мастит;

б) ретромаммарный мастит;

По количеству очагов:

1) одноочаговый мастит;

2) многоочаговый мастит;

По виду поражаемой ткани:

1) паренхиматозный мастит;

2) интерстициальный мастит.

Клиническая картина послеродового мастита очень схожа с симптомами обычной лихорадки. Лимфатические подмышечные узлы сильно увеличены в размерах. Продолжительность этого этапа зависит от возбудителя и от иммунитета человека.[20, с. 64]

Гнойная форма послеродового мастита протекает с очень высокой температурой. Нарушается сон и аппетит, ощущается сильная слабость. Наблюдается изменение формы груди в местах поражения. Кожа гиперемизируется и появляется сильная болезненность при касании. Увеличиваются подмышечные лимфоузлы. Обычно такая острая форма мастита протекает без абсцесса.

Абсцедирующий мастит можно встретить значительно реже. Такая форма обычно проявляется абсцессом ареолы или же фурункулезными поражениями и образованиями тканей самой железы. Состояние организма при этом сильно и быстро ухудшается. Признаки общей интоксикации становятся более выраженными, температура тела поднимается до 40 С. Железа сильно увеличивается, кожа отекает и становится синюшной, болевой синдром очень

выражен. Такая стадия течения послеродового мастита называется флегмонозной.[7, с. 76]

1.2. Диагностика, лечение послеродового мастита

Для раннего выявления и лечения послеродового мастита важно проведение диагностики, которая включает:

- 1) Осмотр пораженной молочной железы.
- 2) Клинический анализ крови. На наличие заболевания указывает такой диагностический критерий мастита, как лейкоцитоз.
- 3) Бактериологическое исследование молока, определение чувствительности к антибиотикам. Исследование желательно проводить до начала антибиотикотерапии. Молоко для исследования берут из пораженной и здоровой молочных желез.
- 4) Проведение ультразвукового исследования. Стоит сказать, что в норме структура молочной железы однородна. Молочные протоки в виде эхонегативных образований диаметром 0,1–0,2 см.

При серозном мастите отмечается отек и утолщение железистой ткани, выявляются участки повышенной эхогенности, нечеткость контуров груди.

Инфильтративный послеродовый мастит имеет зоны пониженной эхогенности в глубине инфильтрата.

Инфильтративно-гнойный послеродовый мастит характеризуется ячеистым строением инфильтрата.

При диагностике гнойного послеродового мастита отмечается появление высокой звукопроводимости в зонах с пониженной эхогенностью.

Лечение проводят с учетом формы послеродового мастита. Его следует начинать как можно раньше, с появлением первых признаков заболевания. Качественное лечение является залогом успешного выздоровления.

Основой в лечении любого мастита является антибактериальная терапия. Доктор должен подобрать именно тот препарат, который оказывает

максимально негативное воздействие на возбудителя. Концентрация действующего вещества в тканях должна быть высокой, тогда лечение будет наиболее эффективным. Препараты могут вводиться внутривенно, внутримышечно, допустимо использование таблеток. В зависимости от стадии и формы заболевания курс лечения может продлиться от 5 до 14 дней. Все это время молоко необходимо сцеживать каждые три часа. Помогут препараты, снижающие лактацию. [13, с. 72]

Часто воспалительные процессы в груди происходят из-за застоя молока, поэтому первым действием при профилактике и лечении мастита является сцеживание до последней капли. Целью лечения является эрадикация возбудителя, купирование симптомов заболевания, нормализация лабораторных показателей и функциональных нарушений, профилактика осложнений.

При развитии мастита грудное вскармливание временно прекращают.

Показаниями к подавлению лактации у больных маститом при его тяжелом течении и резистентности к проводимой терапии являются:

- быстро прогрессирующий процесс – переход серозной стадии в инфильтративную в течение 1 – 3 дней на фоне активного комплексного лечения;
- гнойный мастит с тенденцией образования новых очагов после хирургического вмешательства;
- вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после хирургического лечения);
- флегмонозный и гангренозный маститы;
- мастит на фоне заболеваний других органов и систем.

Вопрос о возможности возобновления мастита после излечения или прекращения лактации решается индивидуально на основании результатов бактериологического исследования молока.

Для лечения мастита также применяется немедикаментозное лечение.

Во время заболевания необходимо использовать повязку, подвешивающую молочную железу, и сухое тепло на область поражения.

Уместно проведение физиотерапевтических мероприятий:

- при серозном мастите используют микроволновую терапию дециметрового или сантиметрового диапазона, ультразвук, УФО;
- при инфильтративном мастите – те же физические факторы, но с увеличением тепловой нагрузки;
- при гнойном мастите после хирургического лечения вначале используют электрическое поле УВЧ в слаботепловой дозе, затем УФ-лучи в субэритемной и слабоэритемной дозах.

Лечение послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, специфическим и активным. Оно должно включать:

- антибактериальные препараты. При гнойном мастите их назначение сочетается со своевременным хирургическим вмешательством;
- дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства;
- методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма (антистафилококковый гамма-глобулин, антистафилококковая плазма);
- антигистаминные препараты;
- инфузионную терапию проводят при наличии интоксикации;
- при серозном и инфильтративном маститах используют масляно-мазевые компрессы с вазелиновым или камфорным маслом, бутадионовой мазью или мазью Вишневского;
- при гнойном мастите показано своевременное оперативное вмешательство. Операция должна выполняться в операционной стационара: широкое вскрытие гнойного очага с минимальным травмированием молочных протоков.

Лечение в зависимости от стадии послеродового мастита различно. Лечение мастита в стадии серозной инфильтрации должно быть комплексным и включать в себя следующие мероприятия:

- покой (постельный режим);
- приподнятое положение заболевшей железы с помощью бюстгалтера;
- ограничение приема жидкости;
- кормление ребенка из здоровой груди 6 раз (и сцеживание молока 3 раза из заболевшей груди);
- прикладывание холода (грелки со льдом) на пораженный участок молочной железы на 20 минут через каждые 1–1,5 часа (в течение 2–3 дней);
- инъекции окситоцина по 0,5 г подкожно 2–3 раза в день, перед самым началом кормления;
- применение сульфамидных препаратов по 1,0 г 4–5 раз в сутки;
- введение (парентеральное) антибиотиков широкого спектра действия, сначала без учета чувствительности, затем, после получения результатов посева молока, – с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

Для лечения гнойного мастита на начальном этапе его развития применяются меры консервативной терапии.

- Важным условием эффективного лечения является регулярное сцеживание молока. Это нужно делать раз в три часа.
- Спазм молочных протоков снимают внутримышечным введением спазмолитиков. Для десенсибилизации применяют антигистаминные средства и антибиотики.
- Женщине в таком состоянии также показаны УВЧ-терапия и обертывания 50%-ым спиртовым раствором.
- Парлодел назначают по 2,5 мг в день для торможения лактации в течение 2-3 дней.
- При назначении антибактериальной терапии препараты выбора являются пенициллины, цефалоспорины.

В случае отсутствия результата консервативного лечения гнойного мастита не обойтись без операции на молочной железе, целью которой является дренирование очага гнойного воспаления.

Прикладывание ребенка к оперированной молочной железе и опорожнение ее от молока в промежутках между кормлениями начинают со следующего дня после операции.

Критериями эффективности комплексной терапии послеродового мастита являются:

- улучшение общего состояния роженицы;
- обратное развитие локальных клинических проявлений заболевания;
- нормализация температуры тела, показателей анализа крови;
- бактериологическая стерильность молока и раневого отделяемого;
- предотвращение развития гнойного процесса в молочной железе при серозном и инфильтративном мастите;
- заживление ран после оперативных вмешательств;
- отсутствие рецидивов гнойного мастита.

Ещё до беременности необходимо обследоваться и вылечить все очаги хронических инфекций, по совету врача начать приём поливитаминов за 2-3 месяца до предполагаемой беременности, обратить внимание на нормализацию микрофлоры в кишечнике, отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни. Очень важен настрой женщины на грудное вскармливание.

1.3 Профилактика послеродового мастита

Для того, чтобы избежать развития послеродового мастита, необходимо соблюдать несколько правил. Прежде всего, каждая женщина во время беременности и кормления ребенка грудью должна соблюдать элементарные правила гигиены.

Также к профилактическим мерам можно отнести: регулярное сцеживание при лактации (важно не давать молоку застаиваться в протоках); незамедлительное лечение любых повреждений, которые появились на груди,

особое внимание уделяется соскам; срочное обращение к доктору при любых подозрениях на мастит; полноценный сон и сбалансированное питание; избегание стрессовых ситуаций, волнений, которые негативным образом сказываются на защитных реакциях организма, иммунитете.

Профилактика маститов в послеродовом периоде – основа здоровья кормящей матери. При первых симптомах облегчить состояние помогут средства народной медицины. В зависимости от стадии болезни лечение мастита может занять не более 1-2 недель.

Основные меры профилактики послеродового лактационного мастита в основном сводятся к предупреждению образования различных трещин сосков, своевременному лечению микротравм. Очень важно вовремя сцеживать до конца молоко и соблюдать правила личной гигиены. Ежедневно необходимо правильно обмывать грудь, для этого нужно использовать теплую воду с мылом. Ареолу и соски рекомендуется протирать раствором соды (1 ч. л. на стакан кипяченой воды). Чтобы предотвратить попадание в организм ребенка микроорганизмов, первые капли молока нужно сцедить.

Также профилактика послеродового мастита подразумевает использование разных защитных средств. Обязательно после каждого кормления необходимо смазывать ими соски – это поможет предупредить развитие ранок и трещин. Перед кормлением при помощи детского мыла и воды защитное средство нужно тщательно удалить. Можно использовать народные средства, которые помогают быстро заживлять трещины на сосках.

При профилактике мастита большой упор делается на правильный процесс грудного вскармливания. Чтобы процесс кормления продолжался столько времени, сколько это необходимо ребенку, при этом не вызывал неприятных ощущений, необходимо менять положение ребенка. Нужно при этом следить, чтобы давление на ареолу и сосок распределялось равномерно, были задействованы все участки. В том случае, если после кормления ребенок не выпускает грудь, прижимает, можно слегка зажать его носик - он сам вытолкнет сосок. Затем, следуя требованиям профилактики мастита после

родов, обязательно нужно сцедить остатки молока до последней капли. Если железы загрубели, рекомендуется использовать молокоотсос.

Чтобы предотвратить развитие послеродового мастита, профилактику нужно проводить обязательно, а все правила соблюдать неукоснительно. Грудь обязательно должна быть в тепле. При маститах и лактостазе даже небольшое переохлаждение способствует развитию различных осложнений. Не рекомендуется перетягивать или перебинтовывать грудь. При затрудненном кровообращении застойные явления увеличиваются.

Современные медики утверждают, что кормить ребенка не нужно по часам, лучше это делать по требованию. Так риски возникновения лактостаза и мастита значительно уменьшаются. При кормлениях по часам молоко застаивается в протоках. Свободное кормление улучшает качество жизни как матери, так и ребенка. Придерживаясь рекомендаций по профилактике маститов у женщин, можно избежать заболевания.

Кроме профилактических мероприятий, в послеродовом периоде медицинский персонал проводит ряд диагностических мероприятий, направленных на своевременное обнаружение начинающегося послеродового мастита у женщин.

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА

2.1 Организация работы перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Перинатальный центр ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» представляет собой лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной акушерской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям города и прилегающих населенных пунктов.

Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Среди основных направлений деятельности необходимо отметить оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

Перинатальный центр ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» оснащен современной диагностической и реанимационной аппаратурой, что позволяет оказывать медицинскую помощь матери и новорожденному на высоком, качественном уровне, ориентирован на совместное пребывание матери и ребёнка.

Перинатальный центр имеет следующие основные подразделения:

- приемное отделение;

- акушерское отделение;
- 3 отделения патологии беременности;
- отделение новорожденных;
- послеродовое отделение;
- гинекологическое отделение;
- отделение репродукции;
- диагностическое отделение;
- отделение генетического консультирования.

Лица, поступающие на работу в родильный дом, и в дальнейшем проходят полный медицинский осмотр в соответствии с приказом Минздрава СССР54 № 555 от 29.09.89 г. (с изменениями на 12 апреля 2011 года).

Средний медицинский персонал перинатального центра имеет следующие функциональные обязанности:

- принимать дежурство;
- присутствовать на планерках;
- обеспечивать подготовку рабочего места к работе;
- соблюдать правила техники безопасности;
- соблюдать правила этики и деонтологии;
- участвовать в обходе родильниц и новорожденных;
- строго следить за состоянием женщин в послеродовом периоде и новорожденных детей;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- осуществлять контроль над работой младшего медицинского персонала, за санитарно-гигиеническим содержанием палат и прилегающих к ним помещений;
- осуществлять уход и лечение, в соответствии с назначениями лечащего врача;
- помогать врачу при выполнении диагностических и лечебных манипуляций;

- сопровождать врача (заведующего отделением или дежурного врача) при проведении им обхода в послеродовом отделении;
- наблюдать за правильностью кормления новорожденных матерями и осуществлять кормление детей, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании;
- хранить и вести учетную медицинскую документацию в соответствии с формами, утвержденными МЗ России; своевременно передавать главной акушерке оформленные документы родильниц и новорожденных;
- систематически повышать свою квалификацию.

В связи с этим, перинатальный центр ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» отвечает требованиям к современным учреждениям родовспоможения и помощь контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции оказывается на высоком уровне.

Выписка родильниц и новорожденных производится на 4-5-е сутки, при условии их удовлетворительного состояния.

Практику я проходила в послеродовом отделении, имеющем просторные светлые палаты для совместного пребывания матери и ребенка (на 2-3-4 койки),

Во время прохождения преддипломной практики в послеродовом отделении нами было проведено социологическое исследования по вопросам оказания помощи роженицам с послеродовым маститом и его профилактики. Результаты данного исследования представлены в следующем параграфе.

2.2 Социологическое исследование

Для проведения исследования по теме дипломной работы с целью изучения методов профилактики послеродового мастита, а также особенностей его течения, нами была проанализированы истории болезней 85: рожениц в послеродовом периоде с маститами и с нормальным протеканием послеродового периода в возрасте от 19 до 30 лет. Как показало исследование, из 85 опрошенных 54 роженицы имели послеродовой мастит, что составляет 63,5% от общего количества исследуемых (Рис. 1).

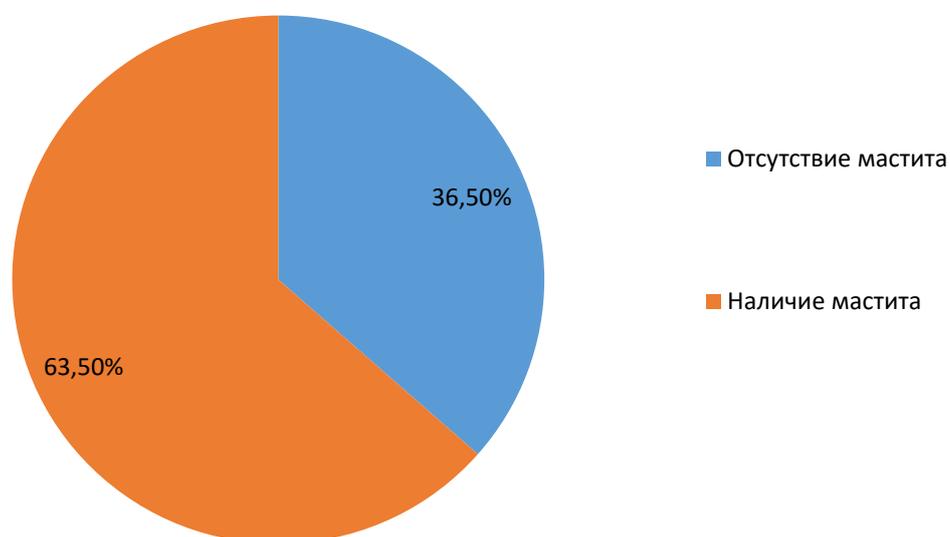


Рис. 1. Протекание послеродового периода

Данный показатель свидетельствует о том, что более половины рожениц имели в качестве осложнения послеродового периода данное заболевание.

В связи с этим для большей категории рожениц нами была разработана анкета-опросник «Что Вы знаете о послеродовом мастите?» для определения факторов риска развития мастита (Приложение 1).

По результатам анализа ответов респондентов было установлено, что одним из факторов риска развития мастита являлось наличие хронической инфекции у роженицы с преимущественным носителем бактерий или вируса.

Так, на наличие гинекологических хронических заболеваний указали 69% респондентов, 5% сообщили, что имеют хронический пиелонефрит, 14% – хронический гастрит, 7% – хронический цистит и 5% – другие хронические заболевания.

Необходимо отметить, что среди хронических гинекологических заболеваний чаще были названы кольпиты, аднекситы и эрозия матки (Рис. 2).

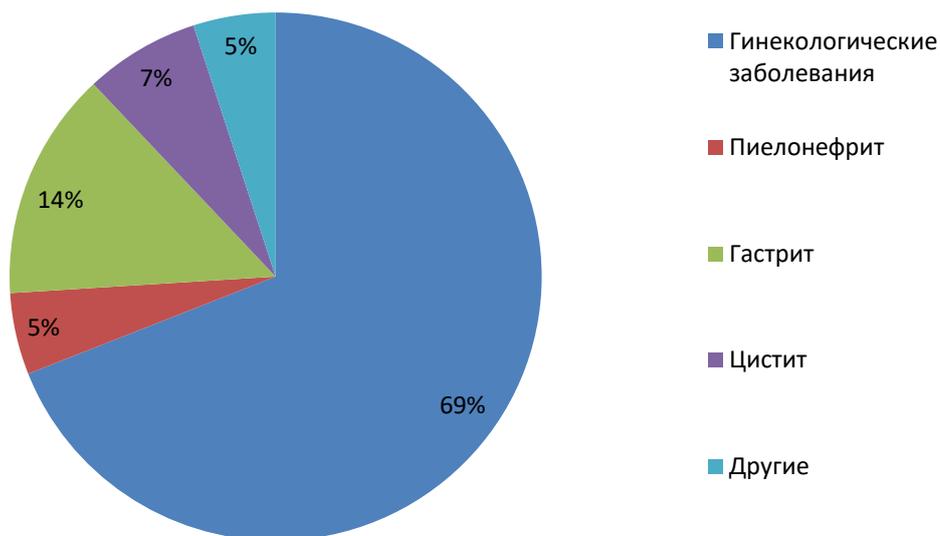


Рис. 2. Наличие хронической инфекции

В ходе проведенного опроса респондентов нами было выявлено, что 74% рожениц с послеродовым маститом имеют патологию молочных желез. Как правило, основным видом патологии молочных желез является мастопатия. При этом у 2-х рожениц одной из причин развития мастита стала онкология (Рис. 3).

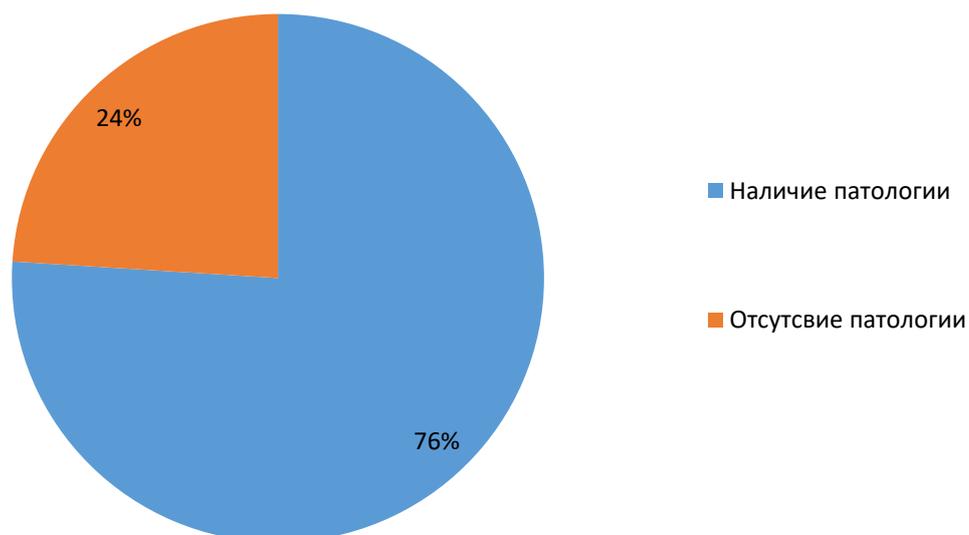


Рис. 3. Наличие патологии молочных желез

Проанализировав вопрос о наличии у рожениц патологии гинекологической, мы пришли к выводу, что на первом месте в качестве фактора риска возникновения мастита стоит поликистоз яичников. Данная патология отмечается у 65% респондентов. Нарушение овариально-менструального цикла (НОМЦ) имеют 10% рожениц.

Стоит отметить, что большое значение имеет наличие множественных абортов и выкидышей. 20% анкетированных считают данный факт причиной развития мастита в послеродовом периоде. 5% опрошенных не смогли точно определить наличие у них патологии гинекологической (Рис. 4).

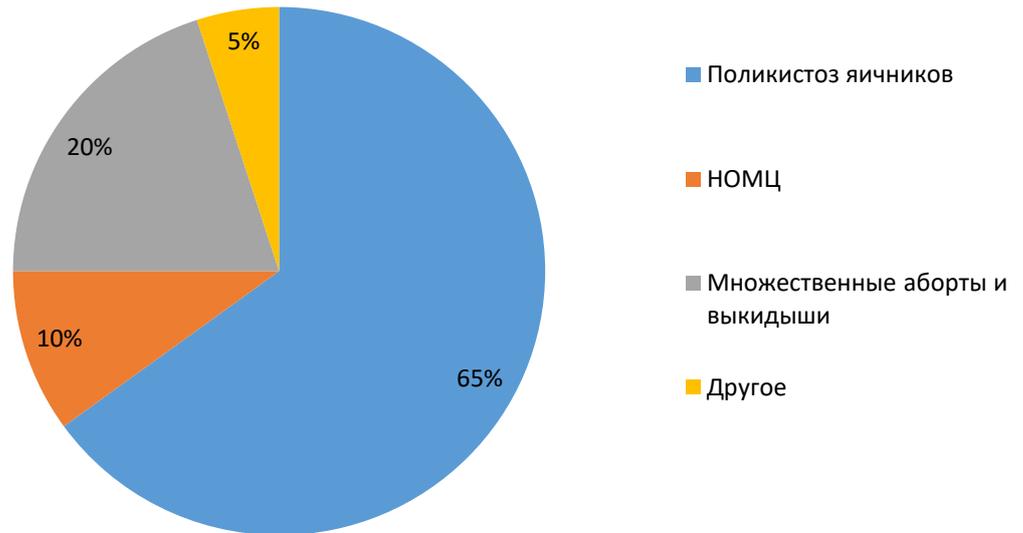


Рис. 4 Наличие патологии гинекологической

Проанализировав сроки возникновения мастита, мы установили, что 23% родильниц обратились за помощью, находясь в перинатальном центре. У 77% послеродовой мастит был обнаружен через 2-3 недели после родов. Сравнивая данные показатели, можно сделать вывод о том, что возникновению мастита способствовала персистирующая внебольничная инфекция (Рис. 5).



Рис. 5. Возникновение послеродового мастита

К патологии и, соответственно, к прекращению лактации, могло привести и неправильное сцеживание груди.

В следующем пункте анкеты мы попытались выяснить, знали ли родильницы правила сцеживания (Рис. 6).

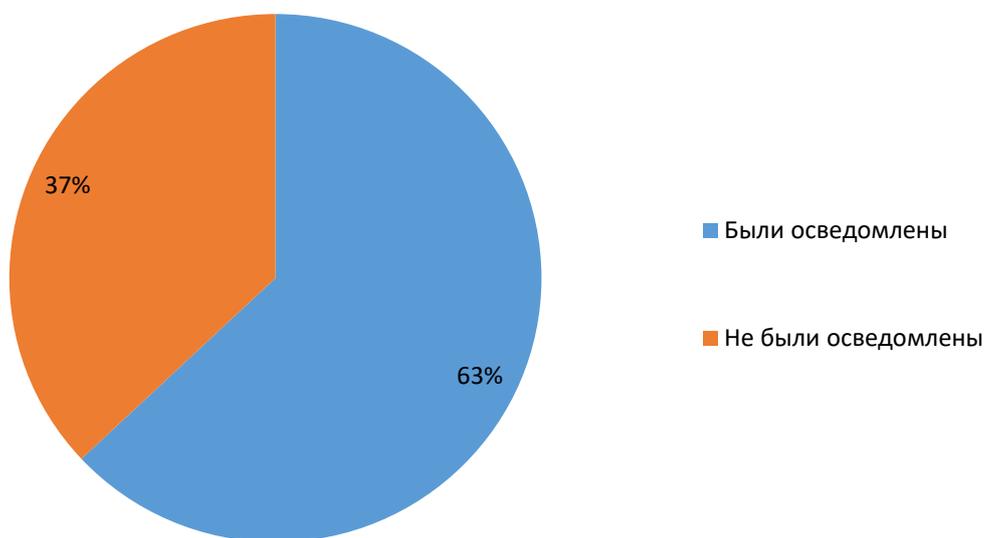


Рис. 6. Осведомленность о правилах сцеживания

Результаты опроса свидетельствуют о том, что с каждой родильницей акушерка провела профилактическую беседу о правилах сцеживания. Однако, как указывают, сами респонденты, они соблюдали не все правила, что могло спровоцировать послеродовой мастит.

Среди ошибок сцеживания отмечались следующие: большинство родильниц забывали вымыть руки перед процедурой и обмывать грудь теплой водой. Некоторые анкетированные не выполняли правила, способствующие приливу молока, не делали массаж молочных желез.

Отмечены случаи, когда родильницы неправильно захватывали соски при сцеживании. Это способствовало тому, что молоко уходило глубже в грудь, и сцедить его было практически невозможно. Сильно дергая за сосок, опрошенные родильницы могли повредить молочные протоки.

На вопросы анкеты-опросника «Сразу ли Вы обратились к врачу?» 60% родильниц ответили, что незамедлительно при обнаружении заболевания

обратились за помощью к врачу. При этом оставшиеся 40% респондентов пытались лечить заболевание самостоятельно, увеличивая тем самым, риски распространения инфекции (Рис. 7).



Рис. 7 Анализ обращения за медицинской помощью

Любое недомогание, незначительные болевые ощущения заставляют задуматься о вопросе своего здоровья. Родильницы, которые осуществляли изначально самостоятельное лечение, лишь усугубили состояние своего здоровья. Соответственно, прогноз на быстрое выздоровление значительно ухудшается.

Итак, опрос родильниц перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» позволил определить основные факторы риска возникновения мастита. К ним относятся:

- наличие хронических заболеваний;
- патология молочных желез;
- патология гинекологическая;
- нерегулярное кормление или сцеживание;
- снижение иммунитета.

Наличие мастита у родильниц во многом зависит от профилактической деятельности акушерки. Роль акушерки в профилактике послеродового мастита рассмотрена в следующем параграфе.

2.3. Роль акушерки в профилактике послеродового мастита

Одним из основных направлений работы акушерки в перинатальном центре является проведение санитарно – просветительской работы. Важное профилактическое значение имеет информирование беременных женщин, обращающихся в женскую консультацию о мерах предупреждения лактационного мастита.

Работа акушерки по профилактике мастита заключается в разъяснении беременным женщинам всей важности простых, и, казалось бы, элементарных гигиенических мероприятий, которые способны повышать тонус всего организма и нормализовать при необходимости, функциональную деятельность отдельных органов и в частности женских молочных желез. В основе подготовки лежат общегигиенические мероприятия: соблюдение чистоты тела, белья, рук.

Так как гигиенические мероприятия повышают тонус организма и функциональную деятельность отдельных его органов и систем, в частности молочных желез, то акушерка рекомендует беременным ежедневное (по утрам) обмывание молочных желез водой комнатной температуры с мылом, с последующим вытиранием кожи желез и сосков жестким полотенцем.

В беседе с беременными, необходимо объяснить, что особое внимание нужно обращать на покрой белья, в частности бюстгалтеров. Молочные железы должны быть приподняты, так как отвисание их предрасполагает к образованию застоя молока. По мере увеличения молочных желез с развитием беременности размеры бюстгалтеров должны меняться. Белье должно быть легким и свободным и нигде не сдавливать тело.

Начиная с 5–6-го месяца беременности желательны ежедневные воздушные ванны. С этой целью беременным рекомендовано в течение 10-15 минут лежать на кровати с открытой грудью. С целью повышения общего тонуса организма беременной и резистентности его к инфекции следует проводить, начиная с 7–8-го месяца беременности общее облучение ультрафиолетовыми лучами (через день, 15–20 сеансов).

Особое внимание акушерка обращает на беременных, имеющих плоские и втянутые соски. Таким женщинам рекомендовано вытягивание сосков чисто вымытыми руками. После обучения вытягивание сосков женщины производят самостоятельно.

Также при посещении врача акушера-гинеколога, всем беременным независимо от формы соска за 2–3 недели до родов следует проводить специальную тренировку их к предстоящему кормлению путем ритмического сдавливания сосков. К концу беременности продолжительность таких манипуляций увеличивается с 2-3 до 25-30 минут. Эта манипуляция противопоказана при угрозе преждевременных родов и несвоевременном прерывании беременности в анамнезе.

При жирной коже сосков беременным советуют во время утреннего туалета обмывать молочные железы детским мылом, а при выраженной сухости кожи соска смазывать его стерильным вазелиновым маслом. Для всех манипуляций с молочными железами и сосками беременная должна иметь чисто вымытые руки и отдельное полотенце для рук.

Профилактика лактационного мастита после рождения ребенка включает в себя те же гигиенические процедуры, с которыми беременных женщин знакомили еще в консультации. Однако в данном случае, профилактические меры будут несколько расширенными.

Особенно строго и настойчиво проводятся профилактические мероприятия, предупреждающие мастит, с момента поступления роженицы в стационар и в послеродовом периоде. Система профилактических мероприятий, проводимая для возможного ограждения родильниц от инфицирования их

больничным стафилококком, начинается с момента поступления в приемный покой и носит организационный характер.

Как правило, после родов родильница поступает в палату, которая подверглась тщательной обработке, проветриванию и облучению ультрафиолетовыми лучами.

В послеродовом отделении родильниц знакомят с техникой кормления новорожденного и правилами сцеживания грудного молока, а также с навыками гигиенического содержания молочных желез (профилактика трещин сосков и мастита).

Родильницы должны соблюдать распорядок дня, санитарно-эпидемический режим, соблюдать диету. В течение всего пребывания в послеродовом отделении за родильницей систематически наблюдают врач акушер-гинеколог и палатная акушерка. В процессе ежедневного наблюдения проводится специальное акушерское обследование (осмотр молочных желез, пальпация живота, определяют состояние матки, измерение размеров матки, характер выделений, состояние наружных половых органов и промежности).

Профилактика развития мастита после родов обязана включать детальные пояснения для всех женщин основных правил правильного сцеживания молока. Сцеживание молока имеет целью не только поддержание лактации, но и более плавное проведение периода нагрубания (прилива молока на 3–5-й день после родов), что устраняет возможный застой молока – один из основных факторов, предрасполагающих к возникновению мастита.

Необходимо обращать внимание родильниц на подготовку и технику кормления ребенка. Готовясь к кормлению, необходимо принять удобную позу, затем расстелить у груди детскую пеленку и оградить ею молочную железу от белья и халата.

Правильное прикладывание – это одна из составляющих, которая обеспечивает приятное и длительное кормление детей грудным молоком. Именно правильное прикладывание позволяет молодым мамам избежать травмирования сосков, закупоривания млечных протоков, а как следствия –

возникновения лактостаза, мастита. И, кроме того, только правильно приложенный ребенок максимально опорожняет молочные железы, а значит, у мамы не уменьшается количество молока, и, конечно, ребенок хорошо прибавляет в весе.

Проводя профилактическую работу, можно раздать женщинам брошюры, с картинками и советами по правильному кормлению новорожденных.

При проведении лекций и бесед, необходимо обращать внимание кормящих мам на то, что во время сосания не должно быть никаких звуков, например, причмокивания или щелчков. Эти звуки свидетельствуют о неверном захвате соска. В период всего кормления грудью мать должна следить за правильностью захвата груди ребенком. В случае если женщина не уверена в правильности захвата, необходимо забрать грудь и дать снова.

Родильницам рекомендовали соблюдать определенную диету, которая не провоцирует задержку жидкости, отечность, т.е. исключить сладкие, жирные, соленые продукты.

Проводя беседы с родильницами о необходимости проведения гигиенических мероприятий, ограждающих соски от инфекции, стоит сделать акцент на том, что наибольшее значение имеют ежедневное мытье каждой родильницей рук стерильной щеткой, обмывание тела до пояса (особенно тщательно молочных желез и сосков) проточной водой с мылом и вытирание их специальной пеленкой, сменяемой каждый раз.

Для лежащих родильниц это мероприятие должно заменяться обтиранием молочных желез ватным шариком (отдельным для каждой железы), смоченным 2% раствором салицилового спирта. Эффективность указанных мероприятий систематически проверяется исследованием смывов с кожи сосков молочных желез на наличие патогенных микробов.

Большое значение в возникновении послеродовых маститов имеют трещины сосков, которые являются резервуаром патогенного стафилококка и входными воротами инфекции. Предрасполагающими факторами, приводящими к появлению трещин, являются:

- нерациональное питание беременной и недостаточное введение витаминов, особенно в последние месяцы беременности;
- несоблюдение общегигиенических мероприятий;
- неправильный уход за сосками во время беременности;
- неправильный метод кормления;
- неправильное сцеживание молока руками.

При трещинах сосков ношение бюстгалтера является одним из важных лечебно-профилактических мероприятий. Соблюдение чистоты всего тела, частая смена нательного и постельного белья, короткая стрижка ногтей, ежедневные обмывания молочных желез являются важнейшими гигиеническими мероприятиями при трещинах сосков и угрожающем мастите.

Также, участвуя в санитарно-просветительской работе, акушерка проводит лекции и беседы с женщинами на темы: санитарно-эпидемический режим клиники, распорядок дня, профилактика мастита в раннем послеродовом периоде, сцеживание и хранение грудного молока, уход за швами на промежности, рациональное питание в послеродовом периоде.

Совместно с инструктором лечебной физической культуры (ЛФК) стоит обучить родильниц массажу груди, объясняя, что это комплексная ручная техника воздействия направлена на восстановление и укрепление молочных желез, а также тканей грудной клетки. Эффект от массажа груди основан на улучшении кровоснабжения молочных желез. Активация кровотока и оттока лимфы на фоне массажа значительно улучшает обмен веществ в молочной железе, иммунитет на местном и общем уровнях.

Родильницам необходимо пояснять, что щадящий ручной массаж молочных желез преследует две цели: во-первых, таким образом можно активизировать (размассировать) участки молочной железы с застоявшимся молоком, а во-вторых, улучшить кровообращение в коже молочной железы, тем самым, укрепляя ее. А применение специальных масел, оказывает

тонизирующее действие, повышают упругость и эластичность кожи, предотвращая появление кожных стрий (растяжек).

Нами были составлены рекомендации родильницам по лечению лактационного мастита народными средствами (с помощью капустного листа), и по его профилактике (Приложение 2).

ВЫВОДЫ

Итак, послеродовой мастит легче предупредить, чем лечить. Следовательно, чтобы профилактировать это осложнение у родильниц, необходимо соблюдать нескольких не сложных правил:

- соблюдение правил личной гигиены позволяют содержать кожу молочных желез чистой. Необходимо своевременно принимать душ и менять нижнее белье. Нельзя носить белье, сдавливающее молочные железы. Белье из синтетических тканей способствует раздражению кожи груди и мешает молочным железам «дышать».

- Своевременное лечение трещин и раздражения сосков предупредит развитие воспаления и развитие мастита. Кормить ребенка той грудью, на которой поврежден сосок, не рекомендуется.

- Правильно выбранный режим кормления и соблюдение правил опорожнения молочной железы (сцеживания) предупредит лактостаз и его последствия.

- Правильное полноценное питание, богатое витаминами и белками, поможет повысить сопротивляемость организма к инфекциям.

В каждой женской консультации проводятся занятия, на которых будущим мамам рассказывают о методах и способах профилактики мастита. В родильном доме такие беседы проводит медицинский персонал послеродового отделения.

Таким образом, можно сделать вывод, что при наличии так хорошо организованной профилактической работы, у каждой женщины есть возможность сохранить свое здоровье. Самым надежным способом профилактики мастита служит своевременное посещение врача акушера-гинеколога и выполнение всех рекомендаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острые маститы в основном встречаются у 63% в послеродовом периоде у кормящих женщин. Несмотря на значительные успехи профилактической медицины в борьбе с неспецифической хирургической инфекцией лактационный мастит продолжает оставаться актуальной проблемой как в гнойной хирургии, так и в практике акушера-гинеколога.

Точную причину мастита определить очень трудно. Чаще всего для данного заболевания трещины сосков являются входными воротами для бактерий. Основными факторами риска возникновения мастита являются: наличие хронических заболеваний; патология молочных желез; патология гинекологическая; нерегулярное кормление или сцеживание; снижение иммунитета. Особо важным фактором является регулярный отток молока, так что прекращать кормление грудью не рекомендуется. При сохранении грудного вскармливания мастит прогрессирует в гнойный или абсцесс только в 4% случаев. Вопрос о сохранении грудного вскармливания решается индивидуально только при гнойно-деструктивных формах, требующих обязательного хирургического лечения. Лактация сохраняется во всех случаях, когда это возможно.

В основном острый мастит может развиваться в течение первого месяца постнатального периода. Предрасположенность к лактостазу объясняет высокую заболеваемость маститом в первые недели после родов.

Ранняя диагностика послеродового мастита позволяет быстро начать противовоспалительную терапию и минимизирует воздействие на мать и младенца. В послеродовом периоде должно быть тщательное наблюдение за кормящими, и начинающийся мастит и лактостаз должны диагностироваться как можно раньше.

Профилактика заключается в строгом соблюдении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерском стационаре. В послеродовом периоде необходимы: ежедневный гигиенический

душ и смена белья; занятия гимнастикой; раннее вставание; мытье рук и туалет молочных желез перед кормлением; прием воздушных ванн в течение 10-15 мин после каждого кормления; ношение бюстгалтера, приподнимающего, но не сдавливающего молочные железы; проведение профилактических мероприятий по предупреждению мастита у родильниц группы высокого риска; обучение родильниц правилам и технике грудного вскармливания; профилактика, своевременное распознавание и рациональное лечение трещин сосков и лактостаза.

Ещё до беременности необходимо обследоваться и вылечить все очаги хронических инфекционных, по совету врача начать приём поливитаминов за 2–3 месяца до предполагаемой беременности, обратить внимание на нормализацию микрофлоры в кишечнике, отказаться от вредных привычек, вести здоровый образ жизни. Очень важен настрой женщины на грудное вскармливание.

Акушерка обязана знать и осуществлять все мероприятия по предупреждению мастита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко, В.В., Активное ведение родов :[Текст] – СПб, 2012. – 668 с.
2. Акуиц, К.Б., Атлас по акушерству.: :[Текст] – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 224 с.
3. Акушерская и гинекологическая помощь :[Текст] / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Медицина, 2015. – 304 с.
4. Акушерство.: [Текст] Клинические лекции: учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. – 2012.
5. Акушерство и гинекология: [Текст] клин. рек. / гл. ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
6. Акушерство [Текст] Национальное руководство / Айламазян Э.К., – М. 2016.
7. Акушерство и гинекология [Текст] Клинические рекомендации / Серова В.Н.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
8. Акушерство [Текст] / Дуда В.И., ГЭОТАР-Медиа, 2015.
9. Акушерско-гинекологическая помощь [Текст] / Под ред. В.И. Кулакова, М. – 2014.
10. Акушерство. [Текст] Учебник. Гриф УМО МО РФ / Савельева Г.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
11. Айламазян Э.К., Акушерство. [Текст] – СПб.: Специальная литература, 2016.
12. Акушерство. [Текст] Национальное руководство. Краткое издание // Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, ГЭОТАР-Медиа, 2015.
13. Володина В. Н., Энциклопедия беременности [Текст] / Ростов н/Д: «Феникс», 2017.
14. Гинекология [Текст] / Савельева Г.М., Учебник, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

15. Гинекология [Текст] учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
16. Гинекологические заболевания [Текст] / В.Н. Серов. – М.: Литтерра, 2017.
- 17 Дуда В. И., Оперативная гинекология [Текст] М.: Интерсервис, 2015.
18. Орлова В.С., Справочник по акушерству и гинекологии. [Текст] – Белгород: БелГУ, 2014.
19. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. [Текст] 3-е изд., перераб. и доп. / Радзинский В.Е. М., 2016.
20. Руководство к практическим занятиям по гинекологии Учебное пособие [Текст] / Под ред. В.Е. Радзинского. – 2016.
21. Савельева Г.М., Акушерство и гинекология. [Текст] Клинические рекомендации, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
22. Серов В.Н., / Гинекология [Текст] руководство для врачей, М., 2017.
21. Серов В.Н., / Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство [Текст] / М., 2017
22. Славянова И.К., Сестринское дело в акушерстве и гинекологии [Текст] Ростов н/Д: Феникс, 2015.
23. Усов Д.В., Избранные лекции по общей хирургии. [Текст] Тюмень, 2015. 49-77с.
24. Чайка В.К., Ласачко С.А., Кващенко В.П. : Роль акушера-гинеколога в выявлении и профилактике заболеваний молочных желез /Новости медицины и фармации [Текст]. – 2014. - №7(май). – С. 14-15.
23. Частная хирургия [Текст] Под ред. Ю.Л. Шевченко., - СПб.: СпецЛит, 2010. – Т. 1. – С. 129-142.
24. Юхтин В.И., Чадаев А.П., Хуторянский; И.Н. О хирургической классификации мастита [Текст] / Мед. помощь. – 2015. – №2. – С. 21-23.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета «Что Вы знаете о послеродовом мастите?»

1) Знаете ли Вы, что такое послеродовой мастит?

- А) Да
- Б) Нет
- В) Не придавала этому значение

2) Через какое время после родов возник послеродовой мастит?

- А) В перинатальном центре
- Б) Через 2-3 недели после родов

3) Продолжили ли вы кормление после лечения мастита?

- А) Продолжала кормить
- Б) Перестала кормить

4) Обучали ли Вас в перинатальном центре правилам прикладывания ребенка к груди?

- А) Не обучали
- Б) Проводили профилактическую беседу

5) Обучали ли Вас в перинатальном центре правилам сцеживания?

- А) Не обучали
- Б) Проводили профилактическую беседу

6) Имеются ли у Вас хронические инфекции? Если «Да», то какие?

7) Имеются ли у Вас патологии молочных желез?

- А) Да
- Б) Нет

8) Имеются ли у Вас патологии гинекологические? Если «Да», то какие?

9) В какой период у Вас появился послеродовой мастит?

А) В перинатальном центре

Б) Через 2-3 недели после родов

10) Сразу ли Вы обратились к врачу?

А) Да

Б) Нет

НАРОДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАСТИТА: КОМПРЕССЫ

Как только появилось уплотнение в груди, либо при кормлении была отмечена боль в молочной железе, нужно воспользоваться одним из нижеперечисленных рецептов компрессов:

1) Капустные листья нужно отбить тупой стороной ножа до размягчения и появления сока. Затем их прикладывают к пораженной груди, а верху надевают бюстгальтер из хлопчатобумажной ткани. Держат капустные листья до тех пор, пока они станут вялыми, подсохими. Этот компресс поможет избавиться от жара и отека груди.

2) Мед смешать с пшеничной мукой до состояния мягкого теста. Затем полученную массу нужно раскатать скалкой в тонкий пласт и приложить к пораженной груди. Такой компресс ставят на ночь, сверху обязательно повязывают любую теплую материю – шарф, косынку. Мед с мукой отлично рассасывает уплотнение и останавливает прогрессирование воспалительного процесса.

3) Марлевую салфетку смочить в камфорном масле, отжать до влажного состояния, но капать масло с нее не должно. Затем ткань прикладывают к пораженной груди, сверху закрывают все марлей или фрагментом простыни, и оставляют компресс на несколько часов (2-6). Камфорное масло способствует скорейшему рассасыванию уплотнения.

4) Приготовить кашу из печеного репчатого лука – просто измельчить уже готовый лук, смешать его с молоком и медом в равных пропорциях. Полученную кашу накладывают на пораженную грудь в месте локализации уплотнения, сверху накрывают марлей или полиэтиленом, укутывают чем-то теплым. Этот компресс обеспечивает рассасывание уплотнения и способствует уменьшению интенсивности воспаления. Компресс из трех компонентов ставят на 3-4 часа, затем делают перерыв на 2-3 часа и процедуру повторяют. Взять 2 столовые ложки сухого донника, залить стаканом кипятка и настоять в течение 60 минут. Затем в полученном настое смачивают салфетку и

прикладывают к пораженной груди на 2-3 часа. В день нужно сделать 3-4 таких процедуры. Данный компресс ничем утеплять не нужно, а вот надеть бюстгалтер из натурального материала будет уместным.

5) В молоке нужно отварить тыкву до готовности (мякоть), затем ее разминают в однородную кашу и прикладывают к груди в месте уплотнения. Сверху тыквенную кашу накрывают марлей и далее делают все слои классического компресса. Если в готовое пюре из тыквенной мякоти добавить немного сахара, то компресс из этой каши будет «вытягивать» гной из нарыва, по крайней мере, он ускорит процесс его выхода.

6) Если проблема мастита случилась в летний период, то нужно к пораженной груди прикладывать свежие листья мать-и-мачехи. Срывать с растения нужно большие и мясистые листья, утолщения на них лучше немного отбить. Мать-и-мачеха оказывает выраженный противовоспалительный эффект, поэтому процесс выздоровления будет протекать в сжатые сроки.

Обратите внимание: все компрессы можно ставить только после того, как будет получено на то разрешение врача. Во всяком случае, при повышенной температуре тела женщине противопоказаны любые согревающие процедуры.