

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА У 642 РОДИЛЬНИЦ В РОССИИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ

*Пустотина О.А.*

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

Для корреспонденции: Пустотина Ольга Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Pustotina@gmail.com

*В статье изложены результаты обследования 642 родильниц с лактационным маститом в России, дана характеристика основных возбудителей заболевания и их чувствительности к антибактериальным средствам, представлены современные методы лечения лактационного мастита и предшествующего ему лактостаза, а также проведен сравнительный анализ с международными рекомендациями.*

*Ключевые слова:* лактационный мастит; лактостаз.

*Для цитирования:* Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2015; 2 (2): 42—47.

### SUMMING UP THE EXPERIENCE GAINED IN THE TREATMENT OF PUERPERAL MASTITIS IN 642 PATIENTS IN RUSSIA. COMPARATIVE ANALYSIS WITH INTERNATIONAL RECOMMENDATIONS

*Pustotina O.A.*

Russian University of Peoples' Friendship, 117198, Moscow, Russian Federation

Address for correspondence: Pustotina@gmail.com. Pustotina O.A.

*A total of 642 patients with puerperal mastitis were examined. The main disease agents and their sensitivity to antibacterial drugs were characterized. Modern methods for the treatment of puerperal mastitis and lactostasis preceding it were presented. Comparative analysis of the Russian and international recommendations was carried out.*

*Key words:* puerperal mastitis; lactostasis.

*Citation:* Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova. 2015; 2 (2): 42—47. (in Russ.)

Received 06.03.15

### Эпидемиология лактационного мастита

Частота лактационного мастита среди родильниц в различных странах колеблется от 2 до 33% и в среднем составляет около 10% [1—4]. Распространенность послеродового мастита в Российской Федерации, по официальным данным, составляет 2—3% [5], тогда как по результатам Выборочного обследования репродуктивного здоровья 10 000 российских женщин, проведенного в 2011 г. Федеральной службой государственной статистики (Росстат) совместно с Минздравсоцразвития России и в партнерстве с Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), центрами по контролю и профилактике заболеваний (Атланта, США) и АНО ИИЦ «Статистика России», мастит встречается у 10% родильниц [6]. Эпидемиологическая служба по контролю внутрибольничных инфекций объясняет расхождение данных неполной регистрацией сведений об инфекционно-воспалительных заболеваниях после родов в учреждениях родовспоможения.

В советский период российская школа изучения мастита по ряду объективных причин развивалась изолированно от международных организаций. Ее основателем был выдающийся ученый, известный российский акушер-гинеколог, профессор Борис Львович Гуртовой, посвятивший много лет своей практической и научной деятельности инфекционному акушерству. В период массовой вспышки стафилококковой инфекции в Москве (1973—1977 гг.) под его наблюдением находились 642 женщины с послеродовым маститом.

Результаты исследований профессора Б.Л. Гуртового и огромный уникальный опыт лечения этого заболевания легли в основу Клинических рекомендаций по лечению послеродового мастита Российского общества акушеров-гинекологов [7].

### Этиология лактационного мастита

Б.Л. Гуртовым совместно с микробиологами были изучены возбудители лактационного мастита, их патогенность, ферментативная активность и антигенные особенности. Исследования молока и/или гноя из молочных желез у родильниц показали, что доминирующим возбудителем послеродового мастита является золотистый стафилококк. При серозной и инфильтративной форме мастита в 88,5% проб микрофлоры определялась монокультура золотистого стафилококка. В пробах, где золотистый стафилококк находился в ассоциациях (11,5%), обнаруживались грамотрицательные бактерии — протей, клебсиелла, эшерихии, а также эпидермальные стрептококки и/или энтерококки. При этом патогенные микроорганизмы у большинства больных маститом высевались как в больной, так и в здоровой молочной железе. У некоторых здоровых родильниц в молоке присутствовал также золотистый стафилококк, в количестве, не превышающем  $10^2$  КОЕ/мл [8, 9].

При бактериологическом исследовании гнойного содержимого, полученного от 280 родильниц, находящихся в стационаре после вскрытия гнойного очага в молочной железе, золотистый стафилококк был выделен в 90,9% проб и преимущественно также находился в виде

монокультуры [10]. В 9,1% исследований высевались эшерихии, протей, клебсиеллы, энтерококки и эпидермальный стафилококк. Нередко в послеоперационном периоде у многих женщин происходило вторичное инфицирование хирургических ран за счет контаминации различными госпитальными штаммами. В этих случаях в раневом отделяемом значительно возрастало количество грамотрицательных бактерий кишечной группы и особенно протей, что значительно осложняло течение заболевания и нередко обуславливало переход его из одной формы в другую, более тяжелую (из инфильтративно-гнойной в флегмонозную), что требовало повторного хирургического вмешательства [9—11].

### Пути инфицирования молочных желез

Обследование пар мать—ребенок показало, что в эпидемиологии послеродовых маститов основная роль отводится новорожденным. При исследовании микрофлоры носоглотки новорожденных патогенные стафилококки в 1-й день жизни были обнаружены у 10—15% детей, на 3—4-й день жизни — у 70—75% детей, на 7-й — более чем у 90% детей. Сравнение микрофлоры, высеваемой у матерей из молочных желез с маститом, с микрофлорой носоглотки новорожденных обычно обнаруживало их идентичность. Нередко в акушерских стационарах отмечался параллелизм между вспышками стафилококковых заболеваний среди новорожденных и увеличением частоты лактационных маститов. Это обстоятельство дало основание рассматривать послеродовой мастит как проявление госпитальной инфекции, а грудное вскармливание новорожденного, носителя золотистого стафилококка, — как доминирующий путь инфицирования молочных желез. Значительно реже источником инфекции становится сама родильница или медицинский персонал с проявлениями стафилококковой инфекции [9, 12, 13].

### Клинические проявления лактационного мастита

В 1977 г. профессором Б.Л. Гуртовым и соавт. были опубликованы систематизированные данные, полученные в результате обследования и лечения 642 родильниц с послеродовым маститом [9]. Было показано, что примерно в 85% случаев лактационный мастит развивается через 2—4 нед после родов, уже после выписки из стационара, что обуславливает в ряде случаев его несвоевременную диагностику и запоздалую терапию наряду с неправильным самолечением. Характерной особенностью мастита была быстрая динамика воспалительного процесса, при которой гнойная форма заболевания нередко развивалась через 4—5 дней после появления первых клинических симптомов: внезапного подъема температуры тела до 38—39 °С и болезненности в молочной железе. При этом у большинства родильниц гнойный мастит протекал как тяжелое гнойно-септическое заболевание. Наиболее часто (2/3 случаев) встречалась инфильтративно-гнойная форма мастита, при которой молочная железа имела вид пчелиных сот, заполненных гноем. У 19% родильниц развивался абсцедирующий гнойный мастит, у 14% — флегмонозный и у 0,4% — гангренозный. Анализ течения заболевания также показал, что наряду с типичной

клинической картиной серозного, инфильтративного и гнойного мастита встречаются стертые, субклинические формы заболевания. Они характеризуются слабой выраженностью симптомов, а иногда и полным их отсутствием, несоответствием между клиническими проявлениями и истинной тяжестью процесса [11].

Результаты обобщенного анализа 664 случаев гнойного мастита, произошедших спустя 20 лет (с 1997 по 2001 г.), также продемонстрировали, что у 97% женщин симптомы заболевания возникают после выписки из родильного дома [14]. К сожалению, большинство заболевших первоначально не получали квалифицированную помощь и занимались самолечением: прикладывали капустные листья и различные компрессы, что и привело к развитию гнойного воспаления, потребовавшего хирургического вмешательства.

### Антибактериальная терапия лактационного мастита

Исследования по определению чувствительности возбудителей мастита к действию антибактериальных средств показали, что золотистый стафилококк, высеваемый в 9 из 10 случаев заболевания, высокочувствителен к полусинтетическим пенициллинам, линкомицину и аминогликозидам и малочувствителен к сульфаниламидам, макролидам и тетрациклинам. Штаммы протей и других грамотрицательных бактерий оказались устойчивы к большинству антибиотиков, кроме карбенициллина и гентамицина. На основании полученных данных было рекомендовано при лечении серозного и инфильтративного мастита использовать полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин) [9, 10, 12]. Препаратами выбора в современных условиях следует считать «защищенные» пенициллины и цефалоспорины, не разрушающиеся микробным ферментом β-лактамазой. В качестве альтернативной схемы можно использовать гентамицин и линкозамиды [15].

При тяжелых формах гнойного мастита, а также в случаях повторного инфицирования раны в послеоперационном периоде, учитывая особенности микрофлоры (ассоциации патогенного стафилококка с грамотрицательными микроорганизмами), рекомендуется использовать гентамицин, эффективность которого составила 97,5% [10]. В более позднем исследовании, включавшем 664 случая гнойного мастита, была также показана высокая частота (90,4%) обнаружения золотистого стафилококка в гнойных очагах молочных желез, при этом в большинстве посевов микрофлора оказалась устойчивой к пенициллину и тетрациклину и чувствительной к линкомицину и аминогликозидам [14].

Антибактериальные средства являются основным компонентом терапии лактационного мастита. Их следует назначать сразу же после установления диагноза, что в значительной степени определяет эффективность лечения и предотвращает развитие гнойного процесса. Помимо антибактериальных препаратов, в комплексную терапию послеродового мастита входят иммуномодулирующие средства, инфузионные среды, анальгетирующие и противовоспалительные средства, а также физические методы лечения [12, 13, 15].

## Торможение/подавление лактации при лактационном мастите

Для повышения эффективности антибактериальной терапии мастита Б.Л. Гуртовым было впервые предложено временно прекращать грудное вскармливание и все лечебные мероприятия направлять на быстрое купирование воспалительного процесса и предотвращение нагноения, для чего дополнительно проводить временное торможение лактации [13, 16]. Обоснованием к подобной тактике явилось следующее: сопряженность послеродового мастита с лактацией («нет лактации — нет и мастита»); отсутствие мастита у родильниц, у которых лактация подавлена; экспериментальные данные, свидетельствующие о высокой восприимчивости к инфекции молочной железы у лактирующих животных. На основании многолетних клинических наблюдений по лечению женщин с послеродовым маститом, научных исследований и накопленного опыта Б.Л. Гуртовой пришел к выводу, что уменьшение лактопоза существенно повышает эффективность терапии: при инфильтративном мастите следует проводить временное торможение лактации, при гнойном более целесообразно полное подавление лактации.

Немедикаментозное подавление лактации (тугое бинтование молочных желез, ограничение питья, запрет сцеживания молока) при воспалительном поражении недопустимо и неэффективно. Первоначально подавление лактации при мастите проводили комбинацией эстрогенов с андрогенами, салуретическими мочегонными, солевыми слабительными, а также мазевыми компрессами. С начала 70-х годов прошлого века для торможения и подавления лактации используются препараты бромкриптина, ингибирующие секрецию пролактина — основного гормона, отвечающего за лактопоз [17]. Разработаны схемы применения данного лекарственного средства у больных с лактационным маститом. Для торможения лактации бромкриптин назначают 2—3 раза в сутки по 2,5 мг в течение 3—5 дней. Подавление лактации проводится 2—3-недельными курсами приема бромкриптина [16]. Следует отметить, что ни в одном случае применения ингибиторов пролактина не поступало сведений о тромбофилических осложнениях.

В более короткие сроки лактопоз блокируется агонистами дофамина (каберголин, достинекс), назначаемыми по 250 мкг 2 раза в сутки в течение 2 дней [18]. Наш опыт применения агонистов дофамина для подавления уже установившейся лактации показывает, что 2-дневной терапии недостаточно, и в большинстве случаев случаев лактопоз возобновляется. Поэтому мы рекомендуем использовать агонисты дофамина на протяжении 4 дней.

В противоположность сложившимся представлениям больным маститом не следует ограничивать прием жидкости [11]. Потребление жидкости до 2,5—3 л/сут не влияет на количество образующегося молока, а более значительный объем (до 4—5 л/сут) может даже тормозить секрецию пролактина передней долей гипофиза и приводить к снижению интенсивности молокообразования.

Сопоставление показателей эффективности терапии послеродового мастита, таких как улучшение общего состояния больной, обратное развитие локальных проявлений заболевания, нормализация температуры тела и показателей крови, заживление ран и отсутствие повторных оперативных вмешательств при гнойном мастите, предотвращение нагноения инфильтрата в молочной железе, показало значимо большую эффективность лечения мастита с использованием препаратов, уменьшающих лактопоз, чем без них. Проведение данной комплексной терапии позволило за 5 лет (с 1973 по 1977 г.) в 3,1 раза снизить число гнойных маститов в Москве [13].

## Тактика ведения лактостаза

Мастит всегда начинается с застоя молока, при котором создаются оптимальные условия для накопления и размножения патогенных микроорганизмов в молочной железе. В связи с этим быстрая ликвидация лактостаза в значительной мере способствует повышению эффективности проводимой терапии. Как показывает собственный клинический опыт, в большинстве случаев начинающийся мастит удается купировать путем активного опорожнения молочных желез и ликвидации застоя молока еще до назначения антибактериальных средств.

Однако при выраженном лактостазе сцеживание молочных желез и грудное вскармливание вызывают большие трудности. Наиболее тяжелый лактостаз, как правило, возникает на 3—4-е сутки после родов у женщин, не прикладывающих новорожденного к груди и/или не сцеживающих молочные железы в 1-е сутки после родов. В этих случаях нагрубание и болезненность молочных желез настолько выражены, что прикладывание ребенка к груди не дает ожидаемого результата, так же как сцеживание молочных желез недостаточно эффективно и может еще более усугублять ситуацию.

Лактостаз у женщин, не осуществляющих грудное вскармливание в первые несколько суток после родов, — это дисфункциональное состояние молочной железы [19]. Отсутствие стимуляции периферических рецепторов пролактина в области соска и ареолы приводит к гормональному дисбалансу в организме женщины: пиковому подъему секреции пролактина в сочетании с низкой секрецией окситоцина на фоне быстрого снижения концентрации плацентарных стероидов, в первую очередь прогестерона. Так, по нашим данным, сывороточная концентрация прогестерона на 3—4-е сутки после родов в группе родильниц с нормальным лактопозом составляет в среднем  $6,8 \pm 1,8$  нмоль/л, концентрация пролактина —  $5182 \pm 1117$  мМЕ/л, в то время как в группе родильниц с лактостазом уровень прогестерона достоверно ниже, а пролактина — выше и составляет в среднем  $5,5 \pm 1,4$  нмоль/л и  $6632 \pm 1074$  мМЕ/л соответственно ( $p < 0,05$ ) [20].

На фоне гормональной дисфункции возникают выраженный отек, нагрубание и резкая болезненность молочных желез, препятствующие не только их сцеживанию, но и грудному вскармливанию. Кроме того, грубое сцеживание молока в таких условиях усиливает

отек и нагрубание молочных желез, а также может привести к кровоизлияниям и повреждению альвеолярной ткани [11, 16].

Обзор традиционно используемых методов медицинской помощи при выраженном лактостазе показывает их неэффективность. Так, компрессы с листьями капусты, массаж, акупунктура и физиотерапевтические процедуры дают слабый эффект; инъекции но-шпы с окситоцином, вызывающие сокращение альвеолярных миоэпителиоцитов при сдавленных млечных протоках отечной тканью молочной железы, также неэффективны; согревающие спиртовые компрессы, наоборот, блокируют влияние окситоцина на сократительную активность альвеолярных миоэпителиоцитов [21].

Б.Л. Гуртовой впервые предложил двухэтапное лечение тяжелого лактостаза. На первом этапе назначаются препараты бромкриптина в течение 1—2 дней, позволяющие ликвидировать гормональный дисбаланс у родильницы, а затем уже приступают к сцеживанию молочных желез. Уменьшение нагрубания при применении бромкриптина по 2,5 мг 2—3 раза в сутки у большинства родильниц наступает в течение 1 сут при условии соблюдения «покоя молочных желез» в этот период [11, 16].

С начала 2000-х годов у родильниц с выраженным лактостазом в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии под руководством Б.Л. Гуртового начали применять прожестожель — гель для наружного применения, содержащий трансдермальный прогестерон. Он широко используется в гинекологической практике для лечения масталгии и мастодинии, основой развития которых является прогестерондефицитное состояние [22], также возникающее и при лактостазе [19, 20, 23]. Как показали наши наблюдения, нанесение 2,5 г геля, содержащего 0,025 г прогестерона, на кожу молочных желез у родильниц с лактостазом сопровождается быстрым уменьшением отека, нагрубания и болезненности молочных желез, что позволяет уже через 15—20 мин приступать к их сцеживанию. У абсолютного большинства женщин купирование лактостаза происходит после однократного применения геля с трансдермальным прогестероном, и только у небольшого количества (в наших исследованиях — у 3%) для достижения клинического эффекта требуется повторное нанесение препарата [20, 23].

Применение накожного геля восполняет прогестероновый дефицит в молочной железе, возникающий при лактостазе, что стимулирует выведение жидкости из ее ткани и уменьшает отек и нагрубание [24]. Кроме того, прогестерон блокирует рецепторы пролактина в ткани молочной железы, в результате чего уменьшает альвеолярный лактопоз при отсутствии системного воздействия [23]. Через 1 ч происходит всасывание гестагена из тканей в кровеносное русло [24], после чего можно прикладывать ребенка к груди и приступать к грудному вскармливанию.

Быстрое купирование лактостаза, которое в полной мере обеспечивается применением двухэтапной тактики (ликвидация гормональной дисфункции с последующим сцеживанием молока), является ключевым

звеном, предупреждающим инфицирование молочных желез и развитие мастита.

### **Сравнительный анализ российских и международных рекомендаций по ведению родильниц с лактационным маститом**

Сравнительный анализ российских [7] и международных [1, 2, 4, 25] рекомендаций по ведению родильниц с лактационным маститом показал отсутствие отличий по большинству положений. Так, основным возбудителем послеродового мастита является золотистый стафилококк. При этом присутствие в молоке небольшого количества патогенных бактерий без клинических симптомов заболевания не требует проведения специфической антибактериальной терапии и ограничений грудного вскармливания. Доминирующим путем инфицирования молочных желез считается грудное вскармливание ребенка, инфицированного золотистым стафилококком в родильном доме [26, 27]. Во всех руководствах отмечается позднее развитие мастита (через 2—4 нед после родов) и быстрая динамика воспалительного процесса, при которой гнойная форма заболевания нередко развивается через 4—5 дней после появления первых клинических симптомов.

Существуют различия в терминологии стадий развития мастита. Указанным в Российских рекомендациях серозной, инфильтративной и гнойной формам заболевания в международной классификации соответствуют неинфекционная, инфекционная формы мастита и абсцесс.

По данным зарубежных исследований, тяжелые формы гнойного заболевания, в том числе связанные с реинфицированием послеоперационной раны, в других странах встречаются значительно реже, чем в России. Видимо, это обусловлено более ранней выпиской из стационара больных после хирургического лечения гнойного мастита и наблюдения их преимущественно в амбулаторных условиях. Данная тактика в сравнении с длительным пребыванием родильниц в лечебном учреждении позволяет минимизировать риск контаминации послеоперационной раны внутрибольничными штаммами инфекции и значительно улучшить прогноз их выздоровления.

Для предотвращения развития тяжелых гнойных форм заболевания, требующих хирургического вмешательства и приводящих к серьезным проблемам грудного вскармливания, лечение мастита необходимо начинать с появления его первых симптомов. При этом в основе всех международных рекомендаций лежит принцип «Effective milk removal», заключающийся в более частом прикладывании ребенка к груди и дополнительном сцеживании молочных желез после кормления. С целью обезболивания рекомендуется применять теплые компрессы на молочные железы до кормления и холодные — после, назначают анальгетики (ибупрофен, парацетамол), обильное питье и хороший отдых между кормлениями ребенка. У абсолютного большинства пациенток данная тактика оказывается эффективной, стойкие и воспалительные явления в молочной железе ликвидируются, и состояние женщины улучшается.

Сохраняющаяся гипертермия тела и наличие болезненного уплотнения в молочной железе через 24 ч после начала активной тактики являются абсолютным показанием к назначению антибактериальных средств. Препаратами выбора служат синтетические пенициллины и цефалоспорины, устойчивые к действию микробных  $\beta$ -лактамаз; при наличии метициллинорезистентного стафилококка назначается ванкомицин. Длительность терапии составляет не менее 10—14 дней [28, 29]. При этом грудное вскармливание рекомендуется продолжать, что является доказанно безопасным для здоровья новорожденного, в том числе при развитии гнойной формы заболевания. Как показывает опубликованный в 2013 г. обзор, более раннее назначение антибиотиков при лактационном мастите нецелесообразно. Применение их с первых клинических симптомов заболевания не является более эффективным для предупреждения развития гнойной формы лактационного мастита, чем активное опорожнение молочных желез в течение 24 ч без антибактериальных средств, которое у большинства родильниц позволяет вообще избежать их назначения [28].

Российское общество акушеров-гинекологов [7] в отличие от международных экспертов рекомендует временно прекращать грудное вскармливание на этапе применения антибиотиков при лактационном мастите и все лечебные мероприятия направлять на быстрое купирование воспалительного процесса в молочной железе и предотвращение его нагноения, для чего дополнительно проводится временное торможение лактации. На основании многолетних клинических наблюдений по лечению женщин с послеродовым маститом, научных исследований и накопленного опыта российские ученые пришли к выводу, что уменьшая лактопоз, мы повышаем эффективность терапии [15]. Подобные рекомендации даны E. Petersen в монографии “Infections in Obstetrics and Gynecology” [30]. В ней указывается, что совместное применение антибактериальных средств с препаратами бромкриптина приводит к быстрому размягчению молочных желез, реабсорбции скопившегося молока и купированию признаков воспаления. Использование малых доз бромкриптина, подавляющего лактацию, короткими курсами позволяет избежать в последующем прекращения продукции молока и продолжить грудное вскармливание.

Сопоставление показателей эффективности терапии послеродового мастита, таких как улучшение общего состояния больной, обратное развитие локальных проявлений заболевания, нормализация температуры тела и показателей крови, предотвращение нагноения инфильтрата в молочной железе, заживление ран и отсутствие повторных оперативных вмешательств при гнойном мастите, показало значимо большую эффективность лечения мастита с использованием препаратов, уменьшающих лактопоз, чем применение антибиотиков на фоне продолжающегося грудного вскармливания [13, 15]. Кроме того, длительность заболевания и сроки проведения антибактериальной терапии сокращаются до 5—7 дней (согласно международным стан-

дартам — 10—14 дней), что позволяет в кратчайшее время восстановить грудное вскармливание.

Развитию мастита всегда предшествует лактостаз, поэтому его быстрая ликвидация в значительной мере способствует повышению эффективности комплексной терапии. Большинство случаев начинающегося мастита удается купировать еще до назначения антибиотиков путем активного опорожнения молочных желез и ликвидации застоя молока. В то же время при выраженном нагрубании молочных желез, которое возникает на 3—4-е сутки после родов, как правило, у не кормящих грудью женщин, традиционные рекомендации по длительному интенсивному сцеживанию, так же как и прикладывание ребенка к груди, не дают ожидаемого результата, вызывая сильнейшие болевые ощущения у женщины, и нередко еще более усугубляют ситуацию. Дополнительное использование таких методов, как массаж, акупунктура, физиотерапевтические процедуры, инъекции окситоцина, различные компрессы, облегчения также не приносят [21]. Предложенное Б.Л. Гуртовым и широко применяемое в нашей стране двухэтапное купирование выраженного лактостаза показало свою высокую эффективность и комплаентность среди женщин. Проведение первого этапа, направленного на ликвидацию гормонального дисбаланса молочных желез, позволяет значительно уменьшить явления лактостаза и создать условия для сцеживания молока и осуществления грудного вскармливания. Наиболее эффективным методом первого этапа лечения лактостаза является применение трансдермального геля с прогестероном. У абсолютного большинства женщин после однократного применения геля происходит быстрое уменьшение отека, нагрубания и болезненности молочных желез, что позволяет уже через 15—20 мин приступить к их сцеживанию и через 1 ч возобновить грудное вскармливание [20, 23].

Для профилактики развития лактостаза и, как следствие, лактационного мастита необходимо соблюдать основные правила грудного вскармливания: раннее прикладывание ребенка к груди с соблюдением техники и правил гигиены, грудное вскармливание по требованию, совместное пребывание мамы с ребенком и ранняя выписка из родильного отделения.

В заключение можно привести фрагмент из книги В.Ф. Войно-Ясенецкого «Очерки гнойной хирургии», выпущенной в 1956 г.: «Грудница стара, как человеческий род, многие миллионы женщин болеют ею, и с незапамятных времен врачи изошрялись в лечении ее, но и в наше время, при блестящем расцвете хирургии, мы не можем похвалиться полным умением лечить мастит...» [31], и ответить на нее цитатой Б.Л. Гуртового: «Лечение мастита следует начинать как можно раньше, при появлении первых признаков заболевания. Своевременно начатое комплексное лечение почти всегда позволяет предупредить развитие нагноительного процесса» [11].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. ACOG Committee Opinion N 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet. and Gynecol.* 2007; 109: 479.

2. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Mastitis: Causes and Management*. WHO; 2008.
3. Dixon J.M., Khan L.R. Treatment of breast infection. *Br. Med. J.* 2011; 342: d396.
4. *Clinical Knowledge Summary. Mastitis and breast abscess*, 2010/ www.cks.nhs.uk.417660.
5. Петрухина М.И. *Внутрибольничные инфекции: эпидемиология и профилактика*: Учебное пособие для врачей. М.: РМАПО, 2008.
6. Репродуктивное здоровье населения России 2011, резюме отчета. Росстат, Минздрав России, ЮНФПА, 2012. [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf)
7. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология*. 4-е изд. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
8. Воропаева С.Д., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Миронова Т.Г. Количественная характеристика микрофлоры молока в диагностике послеродового мастита. *Акушерство и гинекология*. 1983; 8: 61—3.
9. Ахмедьянова Г.У., Гуртовой Б.Л., Воропаева С.Д. Обоснование рациональной антибиотикотерапии лактационного мастита. *Акушерство и гинекология*. 1977; 5: 49—53.
10. Ахмедьянова Г.У., Королева В.Г., Воропаева С.Д., Гуртовой Б.Л. Лечение гентамицином послеродового гнойного мастита. *Вопросы охраны материнства и детства*. 1978; 11: 65—7.
11. Гуртовой Б.Л. Современные принципы лечения послеродового мастита. *Акушерство и гинекология*. 1979; 11: 40—3.
12. Гуртовой Б.Л., Гращенкова З.П. Клиника и лечение послеродового (лактационного) мастита. *Акушерство и гинекология*. 1973; 8: 51—4.
13. Гуртовой Б.Л. Пути и методы профилактики послеродового мастита. *Акушерство и гинекология*. 1980; 2: 21—3.
14. Кулаков А.А., Шкода С.М., Асташов П.Я. и др. Лактационный мастит: проблемы и перспективы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2004; 6: 36—8.
15. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. *Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии*. М.: Триада-Х, 2004: 176.
16. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Рябенко Л.В., Миронова Т.С. Применение парлодела при послеродовом мастите. *Акушерство и гинекология*. 1984; 5: 22—5.
17. Peters F., Breckwoldt M. Inhibition lactation. *Dtsch. med. Wschr.* 1977; Bd 102: 1754.
18. Rains C.P., Bryson H.M., Fitton A. Cabergoline. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in the treatment of hyperprolactinaemia and inhibition of lactation. *Drugs*. 1995; 49 (2): 255.
19. Salomon C.W., Wegnelius G., Holmgren-Lie A. Incorrect breastfeeding technique and milk stasis are the most common problems. *Lakartidningen*. 2000; 97 (43): 4838—42.
20. Пустотина О.А. Лактационный мастит и лактостаз: тактические контрарсии. *Здоровье женщины*. 2013; 10 (86): 74—8.
21. Mangesi L., Dowswell T. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 (9): CD006946.
22. Linares-Cruz G., Fournier S., Simony J. et al. Human breast growth dynamics during menstrual cycle. 22<sup>nd</sup> Congress of Inter. ass. *Breast. Canc. Research*; 1998: 211—7.
23. Пустотина О.А. Лактационный мастит и лактостаз. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007; 2: 55—7.
24. *Инструкция к применению препарата Прожестожель* [http://www.rlsnet.ru/tn\\_index\\_id\\_12887.htm](http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_12887.htm)
25. ABM. Clinical Protocol 4: Mastitis Revision, May 2008. *Breastfeeding Medicine*. 2008; 3 (3).
26. Amir L.H., Garland S.M., Lumley J. A case-control study of mastitis: Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *BMC Fam. Pract.* 2006; 7: 57—61.
27. Saiman L., O'Keefe M., Graham P.L. et al. Hospital transmission of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among postpartum women. *Clin. Infect. Dis.* 2003; 37: 1313—9.
28. Jahanfar S., Ng C.J., Teng C.L. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 2: CD005458.
29. Reddy P., Qi C., Zembower T., et al. Postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Emerg. Infect. Dis.* 2007; 13: 298—301.
30. Petersen E.E. *Infections in Obstetrics and Gynecology*. New York: Thiem; 2006.
31. Войно-Ясенецкий В.Ф. *Очерки гнойной хирургии*. Л.: Медгиз. 1956.
3. Dixon J.M., Khan L.R. Treatment of breast infection. *Br. Med. J.* 2011; 342: d396.
4. *Clinical Knowledge Summary. Mastitis and breast abscess*, 2010/ www.cks.nhs.uk.417660.
5. Petrukhina M.I. *Nosocomial infections: epidemiology and prevention* [Vnutribol'nichnye infektsii: epidemiologiya i profilaktika.]: Manual for physicians. Moscow: RMAPO; 2008. (in Russian)
6. Reproductive health of the population of Russia in 2011, the summary report [Reproduktivnoe zdorov'e naseleniya Rossii 2011, rezюме otcheta]. Rosstat, Minzdrav Rossii, YuNFPА, 2012. (in Russian) [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf)
7. Serov V.N., Sukhikh G.T., eds. Clinical guidelines. Obstetrics and Gynecology [Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya]. 4<sup>th</sup> ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2014: 1024. (in Russian)
8. Voropaeva S.D., Gurtovoy B.L., Emel'yanova A.I., Mironova T.G. Quantitative characteristics of milk microbial population in the diagnosis of lactational mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1983; 8: 61—3. (in Russian)
9. Akhmed'yanova G.U., Gurtovoy B.L., Voropaeva S.D. Justification of rational antibiotic therapy of lactation mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1977; 5: 49—53. (in Russian)
10. Akhmed'yanova G.U., Koroleva V.G., Voropaeva S.D., Gurtovoy B.L. Treatment with gentamicin postpartum purulent mastitis. *Voprosy okhrany materinstva i detstva*. 1978; 11: 65—7. (in Russian)
11. Gurtovoy B.L. Modern principles of treatment of postpartum mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1979; 11: 40—3. (in Russian)
12. Gurtovoy B.L., Grashchenkova Z.P. Clinic and treatment of postpartum (lactation) mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1973; 8: 51—4. (in Russian)
13. Gurtovoy B.L. Ways and methods of preventing postpartum mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1980; 2: 21—3. (in Russian)
14. Kulakov A.A., Shkoda S.M., Astashov P.Ya. et al. Lactation mastitis: Problems and Prospects. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2004; 6: 36—8. (in Russian)
15. Gurtovoy B.L., Kulakov V.I., Voropaeva S.D. *Antibiotics in Obstetrics and Gynecology* [Primenenie antibiotikov v akusherstve i ginekologii]. Moscow: Triada-X, 2004: 176. (in Russian)
16. Gurtovoy B.L., Emel'yanova A.I., Ryabenko L.V., Mironova T.S. Application of Parlodel at postpartum mastitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1984; 5: 22—5. (in Russian)
17. Peters F., Breckwoldt M. Inhibition lactation. *Dtsch. med. Wschr.* 1977; Bd 102: 1754.
18. Rains C.P., Bryson H.M., Fitton A. Cabergoline. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential in the treatment of hyperprolactinaemia and inhibition of lactation. *Drugs*. 1995; 49 (2): 255.
19. Salomon C.W., Wegnelius G., Holmgren-Lie A. Incorrect breastfeeding technique and milk stasis are the most common problems. *Lakartidningen*. 2000; 97 (43): 4838—42.
20. Pustotina O.A. Lactation mastitis and lactostasis: Tactical kontraversii. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2013; 10 (86): 74—8. (in Russian)
21. Mangesi L., Dowswell T. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 (9): CD006946.
22. Linares-Cruz G., Fournier S., Simony J. et al. Human breast growth dynamics during menstrual cycle. 22<sup>nd</sup> Congress of Inter. ass. *Breast. Canc. Research*; 1998: 211—7.
23. Pustotina O.A. Lactation mastitis and lactostasis. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2007; 2: 55—7. (in Russian)
24. *Instructions for use of the drug Prozhestozhel*. [Instruktsiya k primeniyu preparata Prozhestozhel'] [http://www.rlsnet.ru/tn\\_index\\_id\\_12887.htm](http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_12887.htm) (in Russian)
25. ABM. Clinical Protocol 4: Mastitis Revision. *Breastfeeding Medicine*. 2008; 3 (3).
26. Amir L.H., Garland S.M., Lumley J. A case-control study of mastitis: Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *BMC Fam. Pract.* 2006; 7: 57—61.
27. Saiman L., O'Keefe M., Graham P.L., et al. Hospital transmission of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among postpartum women. *Clin. Infect. Dis.* 2003; 37: 1313—9.
28. Jahanfar S., Ng C.J., Teng C.L. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 2: CD005458.
29. Reddy P., Qi C., Zembower T., et al. Postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Emerg. Infect. Dis.* 2007; 13: 298—301.
30. Petersen E.E. *Infections in Obstetrics and Gynecology*. New York: Thiem, 2006; 260.
31. Voyno-Yasenevskiy V.F. *Sketches of purulent surgery* [Ocherki gnoynoy khirurgii]. Leningrad: Medgiz. 1956. (in Russian)

## REFERENCES

1. ACOG Committee Opinion N 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet. and Gynecol.* 2007; 109: 479.
2. Department of Child and Adolescent Health and Development. *Mastitis: Causes and Management*. WHO; 2008.

Поступила 6.03.15