Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «01» марта 2019 года
Протокол №56

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ И ЛАКТОСТАЗ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код(ы) МКБ-10:

O91	–	лактационный мастит
O92.7	–	лактостаз, полигалактия и др.

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2018 год.

1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

МЖ	–	молочная железа
МК	–	международная классификация
УД–	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование

1.4. Пользователи протокола: врачи общей практики, акушер-гинекологи, хирурги.

1.5. Категория пациентов: родильницы.

1.6. Шкала уровня доказательности:

Классификация силы рекомендаций	
Уровень доказательности	**Описание**
I	Доказательства, полученные по крайней мере из одного качественного рандомизированного контролируемого испытания.
II-1	Доказательства, полученные, из хорошо спланированного контролируемого исследования без рандомизации.
II-2	Доказательства, полученные, из хорошо спланированного когортного исследования или исследования типа «случай – контроль», одно- или многоцентрового.
III	Доказательства, полученные из нескольких серий случаев с наличием вмешательства и без вмешательства.

Степень рекомендаций	
Класс А	требует по крайней мере одного мета-анализа, систематического обзора или РКИ, или доказательства расценены как хорошие и непосредственно применимые для целевой популяции.
Класс В	требует доказательств, полученных из хорошо проведенных клинических испытаний, непосредственно применимых для целевой популяции и демонстрирует полную согласованность результатов; или доказательства экстраполированы из мета-анализа, систематического обзора и РКИ.
Класс С	требует доказательств, полученных из отчетов экспертных комиссий, или мнений и/или клинического опыта авторитетных лиц, указывает на недостаток клинических исследований хорошего качества.
Класс D	экспертное мнение без критической оценки, или основанное на клиническом опыте или лабораторных исследованиях.

1.7 Определение: Мастит — воспаление паренхимы и интерстициальной ткани молочной железы.

Лактостаз – дисфункциональное состояние лактирующей молочной железы, в основе которого лежит несоответствие процессов молокообразования и молокоотдачи.

1.8 Клиническая классификация [1,2,19]

По стадиям развития:

- серозный (неинфекционный-МК);
- инфильтративный (инфекционный-МК);
- гнойный (абсцесс-МК).

Хирургическая классификация

I. По функциональному состоянию МЖ:

1. Лактационный.
2. Нелактационный.

II. По причине заболевания:

1. Неспецифический.
2. Специфический.

III. По течению воспалительного процесса:

1. Острый.
2. Хронический.

IV. По распространенности процесса:

1. Ограниченный.
2. Диффузный.

V. По характеру воспаления:

1. Серозный.
2. Инфильтративный.

3. Гнойный:
а) абсцедирующий
б) инфильтративно-абсцедирующий
в) флегмонозный
г) гнойно-некротический.
4. Гангренозный.

VI. По локализации и глубине поражения:

1. Поверхностный:
а) подкожный
б) субареолярный.
2. Глубокий:
а) интрамаммарный
б) ретромаммарный.

2. методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

Диагностические критерии

Предрасполагающие факторы (УД II-2) [18,19]:

- поврежденный сосок, особенно если он колонизирован Staphylococcus aureus;
- нечастые кормления или частота графика кормления или продолжительность кормления;
- пропущенные кормления;
- плохое прикладывание или слабое, вялое сосание, приводящее к неэффективному отхождению молока;
- болезнь матери или ребенка;
- недостаточное потребление молока младенцем;
- быстрое отлучение от груди;
- давление на грудь (например, плотный бюстгальтер, автомобильный ремень безопасности);
- белое пятно на соске или заблокированное отверстие, или канал соска: молочный пузырь или «пузырь» (локализованная воспалительная реакция) [13];
- материнский стресс и усталость.

Жалобы и анамнез: Критерии диагноза мастит [1,2,8,19]:

- повышение температуры тела до 38,5. °С или выше;
- болезненность в молочной железе;
- локальная припухлость в молочной железе;
- затруднение сцеживания молока;
- озноб, гриппоподобное состояние;
- общее недомогание.

Физикальные обследования при мастите и лактостазе:

- повышение температуры тела до 38,0. ° С и выше;
- контактная термография МЖ (выявляет повышение локальной температуры в МЖ).

Лабораторные исследования:

Клинический анализ крови, характерные изменения показателей периферической крови:

- лейкоцитоз до 10–12 тыс. и выше с палочкоядерным сдвигом;
- ускорение СОЭ до 20–30 мм/ч и выше;
- моноцитоз;
- эозинофилия.

Бактериологический посев (УД II-2) [19] грудного молока и тестирование на чувствительность флоры к антибиотикам должны быть предприняты, если:

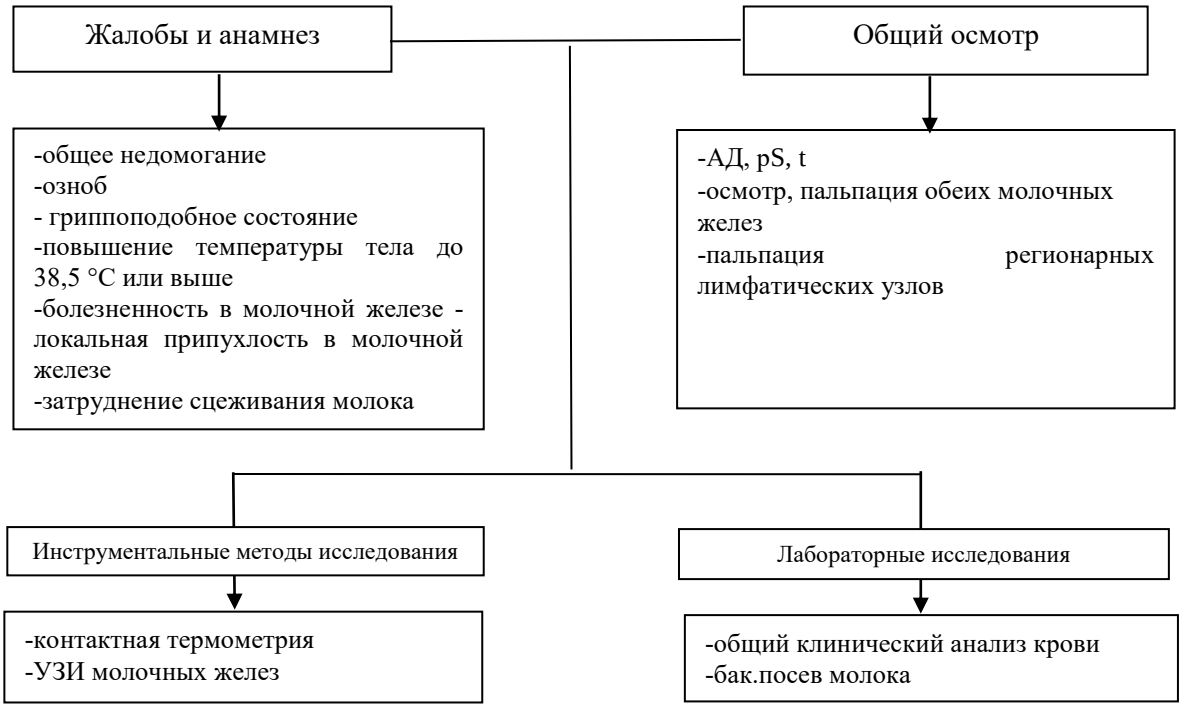
- нет реакции на введение антибиотиков в течение 2 дней;
- имеется рецидив мастита;
- подтвержден госпитально-приобретенный мастит;
- у пациента аллергия на обычные терапевтические антибиотики или тяжелые, необычные случаи;
- если картина мастита не улучшается через 48 часов после начала лечения препаратами первой линии.

Показания для консультации специалистов:

- консультация клинического фармаколога – при неэффективности проводимой антибиотикотерапии;
- консультация хирурга – при гнойно-деструктивных формах мастита.

2.1 Диагностический алгоритм

Схема-1.



2.2 Дифференциальный диагноз:

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика лактостаза и мастита

Лактостаз	Мастит
Общее состояние кормящей при остром застое молока ухудшается незначительно. Отсутствуют два основных признака воспалительного процесса: гиперемия и гипертермия.	Заболевание начинается остро, с озноба, повышения температуры, потливости, слабости, ощущения разбитости, резких болей в железе. Переход начальной формы мастита в гнойную характеризуется усилением общих и местных симптомов воспаления, при этом выражены признаки гнойной интоксикации. Инфильтрат в железе увеличивается, гиперемия кожи нарастает, в одном из участков железы появляется флюктуация.
Температура тела, клинические анализы крови чаще остаются нормальными, при исследовании секрета МЖ изменений не определяется.	Температура тела повышена до 38 и выше. В крови наблюдается лейкоцитоз до 10–12 тыс., СОЭ ускорена до 20–30 мм/ч.
Опухолевидное образование соответствует контурам долек МЖ, уплотнение в МЖ подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на это образование молоко выделяется свободно, сцеживание его безболезненно. Уплотнение определяется на фоне болезненности и напряженности всей железы. После сцеживания женщина ощущает облегчение.	Грудь увеличивается в размере, пальпация ее становится болезненной, инфильтрат определяется нечетко. Сцеживание молока болезненно и не приносит облегчения.
Острое начало на 3-4-е сутки после родов у некормящих и не сцеживающих молоко женщин	Острое начало на 5-8-е сутки после родов на фоне выраженного лактостаза или на 2-4-й неделе у кормящих женщин
Боль, чувство тяжести, диффузное уплотнение, гиперемия и гипертермия обеих молочных желез	Боль, уплотнение, гиперемия и гипертермия в одной молочной железе
Затрудненное и резко болезненное сцеживание обеих молочных желез	Затрудненное и болезненное сцеживание одной молочной железы

3.1 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

При лактостазе, а также при серозной (неинфекционной) или инфильтративной (инфекционной-МК) формах мастита, если системные признаки заболевания ограничены лихорадкой и умеренным недомоганием, то лечение может проводиться в амбулаторных условиях.

3.2 **Немедикаментозное лечение.**

Режим лечебно-охранительный. Пациентку оградить от отрицательных - эмоций и болевых ощущений.

Диета: Стол №15

- при лактостазе рекомендуется провести мероприятия, направленные на устранение его причины;
- выяснить режим кормления, провести консультирование кормящей для обеспечения кормления по требованию, только грудного вскармливания без дополнительного применения смесей, сосок, бутылочек и т.д.;
- проконтролировать правильность прикладывания новорожденного к груди;
- при явном избытке молока в первые дни становления лактации можно перед кормлением новорожденного излишки молока сцедить.

Основные принципы лечения мастита:

- лечение трещин сосков.
- продолжение грудного вскармливания.
- своевременная регулярная эвакуация молока.
- элиминация возбудителя, начиная с инфильтративных форм мастита (инфекционный мастит - МК) - антибактериальная терапия. Задержка лечения увеличивает частоту формирования абсцесса.

3.3 Медикаментозное лечение

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	**Международное непатентованное наименование ЛС**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Нестероидные противовоспалительные препараты	Ибупрофен	Перорально, 200 мг-3-4 раз в сутки	УД III [1,7,9,15].

- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

Фармакотерапевтическая группа	**Международное непатентованное наименование ЛС**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
цефалоспорины первого поколения:	цефазолин	500 мг, 3 раза в день, внутримышечно, в течение 10 дней	УД III [6,10,12,16]
	цефалексин	500 мг, 4 раза в	

	(цефалексин безопасен для женщин с подозрением на аллергию на пенициллин); цефалексин (цефалексин для женщин с аллергией на пенициллин безопасен);	день, перорально, в течение 10 дней	
линкозамиды	клиндамицина фосфат (клиндамицин предлагается для случаев тяжелой гиперчувствительности к пенициллину);	450 мг, 3 раза в день, перорально, в течение 10 дней	[6,10,12,16] (УД III).

3.4 Хирургическое вмешательство. В амбулаторных условиях не проводится.

3.5 Дальнейшее ведение. На начальных стадиях мастита показана комплексная консервативная терапия, в деструктивную фазу процесса — хирургическая операция с последующим лечением гнойной раны (в стационаре).

3.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- регресс клинических симптомов
- нормализация температуры тела
- исчезновение опухолевидного уплотнения в молочных железах
- незатрудненное (безболезненное) сцеживание молочных желез
- улучшение лабораторных показателей (снижение лейкоцитоза, показателя СОЭ, уменьшение палочкоядерного сдвига влево)
- продолжение грудного вскармливания

4 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- отсутствие положительной динамики в течение 24 часов амбулаторного лечения;
- гнойный, абсцедирующий мастит.

5 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.2 Немедикаментозное лечение:

Режим:

- лечебно-охранительный. С обезболивающей целью рекомендуется применять теплые компрессы на молочные железы до кормления и холодные – после;
- обильное питье и хороший отдых между кормлениями ребенка [1,7,9,14]; Пациентку необходимо оградить от отрицательных эмоций и болевых ощущений.
- обеспечить частое и эффективное отхождение молока, так как часто исходным фактором при мастите является застой молочной железы (УД III) [17];
- матерей следует поощрять чаще кормить грудью, начиная с пораженной груди;
- если боль препятствует прикладыванию к груди, то кормление может начаться со здоровой груди, переключаясь на больную грудь, как только будет достигнуто снижение объема молока;
- поза младенца при вскармливании: подбородок или нос должен быть направлен в сторону застоя;
- во время кормления, для облегчения удаления молока может применяться массажирование молочной железы с использованием пищевого масла или нетоксичной смазки на пальцах. Массаж, который проводится матерью или помощником, должен иметь направление от заблокированной области к соску;
- после кормления молоко можно сцедить вручную или молокоотсосом.

Альтернативный подход для распухшей груди — это отток жидкости, который направлен на продвижение ее в подмышечные лимфатические узлы. Мать откидывается назад, и нежными движениями рук начинают гладить поверхность кожи от ареолы до подмышечной впадины (УД III) [5].

5.3 Медикаментозное лечение

Анальгезия должна быть рекомендована. Ибупрофен более эффективен в снижении воспалительных симптомов, чем простой анальгетик, такой как парацетамол/ацетаминофен. Ибупрофен совместим с грудным вскармливанием, так как в дозах до 1,6 г не обнаруживается в грудном молоке (УД III) [1,7,9,15].

Ибупрофен не был обнаружен в грудном молоке после доз до 1,6 г., совместимым с грудным вскармливанием (УД III) [1,7,9,15].

NB! У большинства родильниц можно избежать применения антибиотиков с появления первых клинических симптомов заболевания, так как более эффективным предупреждением развития гнойной формы лактационного мастита, является активное опорожнение молочных желез в течение 24 ч без антибактериальных средств. При неострых симптомах мастита продолжительностью менее 24 часов, достаточно консервативного ведения (эффективного оттока молока и вспомогательных мер) [6].

Критерии начала антибиотикотерапии:

- симптомы не улучшаются в течение 24 часов (сохраняется гипертермия тела и имеется болезненное уплотнение в молочной железе через 24 ч от начала активной тактики)
- острая боль в молочной железе [19].

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Нестероидные противовоспалительные препараты	Ибупрофен	Перорально, 200 мг-3-4 раз в сутки	УД III [4,8,20]
цефалоспорины первого поколения:	цефазолин	500 мг, 3 раза в день, внутримышечно, в течение 10 дней	УД III [4,8,20]
	цефалексин (цефалексин для женщин с аллергией на пенициллин безопасен);	500 мг, 4 раза в день, перорально, в течение 10 дней	
линкозамиды	Клиндамицина фосфат (клиндамицин предлагается для случаев тяжелой гиперчувствительности к пенициллину);	450 мг, 3 раза в день, перорально, в течение 10 дней	УД III [4,8,20]

- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Гликопептиды	Трициклический гликопептид (ванкомицин) применяется при метициллинорезистентном стафилококке (кормление грудью прекращается, согласно официальной инструкции к препарату).	Рекомендуется 10-14 дневный курс антибиотиков	УД III [6,10,12,16]

NB! При лечении мастита грудное вскармливание рекомендуется продолжать, так как оно является доказано безопасным для здоровья новорожденного, даже при развитии гнойной формы заболевания [1,19].

5.4 Хирургическое вмешательство:

- вскрытие и опорожнение абсцессов молочной железы;
- санация и дренирование полости абсцесса.

5.5 Дальнейшее ведение:

- передача информации о пациенте в поликлинику по месту жительства для динамического наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;

Профилактические мероприятия [18] (УД III)**:**

ВОЗ рекомендует:

Факт 1: Грудное вскармливание в течение первых шести месяцев критически важно

- матерям начинать грудное вскармливание в течение первого часа после родов;
- проводить исключительное грудное вскармливание детей в течение первых шести месяцев жизни для обеспечения их оптимального роста, развития и здоровья. Затем для удовлетворения изменяющихся потребностей детей в питании следует вводить надлежащий по составу питательных веществ и безопасный прикорм в дополнение к продолжающемуся грудному вскармливанию;
- продолжать грудное вскармливание до двухлетнего возраста и позже.

Факт 2: Грудное вскармливание обеспечивает защиту детей от детских болезней

Грудное молоко является идеальной пищей для новорожденных и детей грудного возраста. Оно содержит все питательные вещества, необходимые детям для здорового развития. Оно безопасно и содержит антитела, способствующие защите детей от распространенных детских болезней, таких как диарея и пневмония, которые являются двумя основными причинами смерти детей в мире. Грудное молоко легкодоступно и приемлемо по стоимости, что способствует обеспечению надлежащего питания для детей грудного возраста.

Факт 3: Грудное вскармливание обеспечивает также преимущества для матерей

Исключительное грудное вскармливание связано с естественным (но не гарантированным) методом регулирования рождаемости (98-процентная защита в

первые шесть месяцев после родов). Оно снижает риски развития рака молочной железы и яичников позднее в жизни, диабета типа 2 и послеродовой депрессии.

Факт 5: Детские смеси не содержат антител, обнаруживаемых в грудном молоке

Детские смеси не содержат антител, обнаруживаемых в грудном молоке. Долговременные преимущества грудного вскармливания для матерей и детей нельзя воспроизвести с помощью детских смесей. В случае ненадлежащего приготовления детской смеси существуют риски, связанные с использованием небезопасной воды и нестерильных принадлежностей или с потенциальным присутствием бактерий в сухой смеси. Чрезмерное разбавление смеси в целях «растягивания» запасов может приводить к недостаточности питания. Запасы грудного молока поддерживаются благодаря частому грудному вскармливанию, поэтому в случае, когда использовавшаяся детская смесь становится недоступной, возврат к грудному вскармливанию может оказаться невозможным из-за уменьшенной выработки грудного молока.

Факт 6: Передачу ВИЧ при грудном вскармливании можно снизить с помощью лекарственных средств.

ВИЧ-инфицированная мать может передать инфекцию своему ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. Антиретровирусные препараты (АРВ), предоставляемые матери или ребенку, подвергающемуся риску воздействия ВИЧ, снижают риск передачи инфекции. Грудное вскармливание в сочетании с АРВ обладает потенциалом для значительного улучшения шансов на выживание детей, остающихся ВИЧ - неинфицированными. По рекомендациям ВОЗ, кормящие ВИЧ-инфицированные матери должны получать АРВ и следовать руководящим принципам ВОЗ по кормлению детей грудного возраста.

Факт 7: Маркетинг заменителей грудного молока тщательно контролируется

В 1981 г. был принят Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока. Он призывает

- размещать на всех этикетках детских смесей информацию о преимуществах грудного вскармливания и рисках заменителей для здоровья;
- не стимулировать продажу заменителей грудного молока;
- не предоставлять бесплатные образцы заменителей беременным женщинам, матерям или их семьям;
- не распространять бесплатно заменители и не предоставлять на них субсидии работникам здравоохранения и медицинским учреждениям.

Факт 8: Матерям необходима поддержка

Грудному вскармливанию необходимо учиться. В начале многие женщины сталкиваются с трудностями. Многие общепринятые практические методики, такие как пребывание матери и ребенка в раздельных палатах, использование палат для новорожденных и прикорм детскими смесями в действительности осложняют грудное вскармливание для матерей и детей. Медицинские учреждения, поддерживающие грудное вскармливание, избегая использовать вышеуказанные методики и благодаря наличию подготовленных консультантов по вопросам грудного вскармливания, доступных для новых матерей, способствуют повышению показателей этой практики.

Для оказания такой поддержки и улучшения медицинской помощи для матерей и новорожденных большинство стран осуществляют Инициативу ВОЗ-ЮНИСЕФ.

Они создают в больницах благоприятные условия для грудного вскармливания, которые устанавливают стандарты на качественную медицинскую помощь.

Факт 9: Выйдя на работу, матери должны продолжать грудное вскармливание

Многие матери, возвращающиеся на работу, отказываются от грудного вскармливания частично или полностью в связи с тем, что не имеют достаточно времени или места, где они могли бы кормить детей, сцеживаться и хранить свое молоко. Для матерей необходимо обеспечить безопасное, чистое и уединенное место на работе или поблизости от нее с тем, чтобы они могли продолжать грудное вскармливание. Условия, обеспечивающие возможности для матерей, такие как оплачиваемый декретный отпуск, неполный рабочий день, ясли по месту работы, места для сцеживания и хранения грудного молока и перерывы, предоставляемые для грудного вскармливания, могут способствовать грудному вскармливанию.

Факт 10: В шесть месяцев следует постепенно вводить твердую пищу

Для удовлетворения возрастающих потребностей детей в возрасте шести месяцев следует вводить твердую пищу в виде пюре в дополнение к продолжающемуся грудному вскармливанию. Еду для детей можно готовить отдельно или из продуктов питания, предназначаемых для других членов семьи. ВОЗ отмечает, что

- при введении твердой пищи не следует уменьшать количество грудного молока;
- твердую пищу следует давать ложкой или в чашке, но не в бутылочке;
- твердая пища должна быть чистой, безопасной и доступной на местах;
- детям раннего возраста необходимо время для того, чтобы научиться употреблять в пищу твердые продукты питания [цит. по 21].

- эффективное управление полнотой и наполнением груди;
- кормящим матерям следует помочь улучшить привязанность младенцев к груди;
- кормление не должно ограничиваться;
- кормящих матерей следует научить быстрому реагированию на переполнение молока в молочных железах путем прикладывания младенца к груди; если младенец не может уменьшить полноту груди, то для этих целей можно использовать молокоотсос (если он доступен); однако, все кормящие мамы должны быть в состоянии сцедить себя вручную, поскольку потребность в его использовании может возникнуть неожиданно;
- быстрое внимание к любым признакам лактостаза;
- мать должна учиться проверять свою грудь на уплотнение, боль или покраснение;
- если кормящая мать замечает какие-либо признаки лактостаза, ей необходимо отдохнуть, увеличить частоту грудного вскармливания, нанести тепло на грудь до кормления и массировать любые уплотнения, как описано в разделе эффективное удаление молока;
- матери должны связаться со своим врачом, если симптомы не улучшатся в течение 24 часов;
- непосредственное внимание к другим проблемам, связанным с грудным вскармливанием;
- требуется квалифицированная помощь для матерей с поврежденными сосками или тем, у которых недовольные и расстроенные младенцы или тем, кто считает, что у них недостаточное количество молока;
- адекватный отдых кормящей матери;
- хорошая гигиена: качественное мытье рук; молокоотсос должен быть тщательно промыт мылом и горячей водой после использования [3].

6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- регресс клинических симптомов;
- отсутствие гипертермии;
- улучшение лабораторных показателей;
- отсутствие осложнений (гангрена молочной железы, сепсис);
- грудное вскармливание

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Искаков Серик Саятович – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана», кандидат медицинских наук, PhD, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;

2) Малгаждарова Бахыт Сексембаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;
3) Тулемисова Айсулу Абдоллақызы – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;
4) Шегенов Галым Амиржанович – PhD, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 НАО «Медицинский университет Астана», врач акушер-гинеколог второй квалификационной категории.
7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

7.3. Рецензенты:
1) Сакиева Каншайым Жарасовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 «Западно-Казахстанский медицинский университет им. М. Оспанова», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
2) Бапаева Гаури Биллахановна -доктор медицинских наук, руководитель отдела акушерства и гинекологии КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, профессор.

7.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:
1) ABM. Clinical Protocol 4: Mastitis Revision, May 2008 Brestfeeding Medicine Vol 3, N 3.
2) ABM. Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised, March 2014 Brestfeeding Medicine Vol 3, N 3.
3) Amir LH, Garland SM, Lumley J. A case-control study of mastitis: Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. BMC Fam Pract 2006
4) Antibiotic Expert Group. Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Therapeutic Guidelines Ltd., Melbourne, 2010
5) Bolman M, Saju L, Oganesyan K, et al. Recapturing the art of therapeutic breast massage during breastfeeding. J Hum Lact 2013; 29:328–331
6) Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD005458
7) Hale T. Medication and Mother's Milk, 11th ed., Pharm soft Medical Publishing, Amarillo, TX, 2004
8) Lawrence R.A. The puerperium, breastfeeding, and breast milk. Curr Opin Obstet Gynecol 1990; 2:23–30)
9) Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 6th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005
10) Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, 7th edition. Mosby, St. Louis, 2011

11) Matheson I, Aursnes I, Horgen M, et al. Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis. Acta Obstet Gynecol Scand 1988; 67:723–726.
12) Neifert MR. Clinical aspects of lactation: Promoting breastfeeding success. Clin Perinatol 1999; 26:281–306
13) O'Hara M-A. Bleb histology reveals inflammatory infiltrate that regresses with topical steroids; a case series [platform abstract]. Breastfeed Med 2012;7(Suppl 1) :S-2
14) Reddy P, Qi C, Zembower T, et al. Postpartum mastitis and community acquired methicillin resistant Staphylococcus aureus. Emerg Infect Dis 2007;13: 298–301
15) Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. Pediatrics 2013; 132:796–809
16) Therapeutic Guidelines: Antibiotic, Therapeutic Guidelines Ltd., North Melbourne, Australia, 2006
17) Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet Gynecol 1984; 149:492–495)
18) Walker M. Mastitis in lactating women. Lactation Consultant Series Two. Schaumburg, IL: La Leche League International, 2004
19) World Health Organization: Mastitis: Causes and Management, Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13, 2000.35
20) Clinical Practice Gudeline: Mastitis: management of, Reviewed October 2016, P.6
21) C. Victora, R. Bahl, A. Barros, G.V.A Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." The Lancet 387 (10017):475-490.

Приложение.

Культура бактерий из молока может быть получена путем сбора сцеженного вручную образца в стерильный контейнер (то есть, небольшое количество первоначально сцеженного молока отбрасывается, чтобы избежать загрязнения образца флорой кожи, а последующее молоко сцеживается в стерильный контейнер, следя за тем, чтобы не касаться внутренней части контейнера). Гигиена соска до сбора может дополнительно уменьшить загрязнение кожи и минимизировать результаты ложноположительной культуры. Большая симптоматика связана с более высокими бактериальными показателями и / или патогенными бактериями (УД III) [11].