



Підтримка грудного вигодовування в разі виникнення лактостазу або маститу: дискусійні питання сьогодення*



С.А. Ласачко, к.мед.н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ННПО Донецького національного медичного університету ім. Максима Горького
Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

Представлено сучасні погляди на такі порушення лактації, як мастит та лактостаз. Наведено класифікації, особлива увага приділена диференційному діагнозу цих станів, а також різних стадій маститу. Викладено основні принципи лікування лактостазу та маститу на різних стадіях, а також підтримки грудного вигодовування в подібних ситуаціях. Описано методи первинної та вторинної профілактики на основі багаторічного досвіду Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства.

Ключові слова: грудне вигодовування, лактація, молочна залоза, лактостаз, мастит, діагностика, лікування.

Лактостаз. Тактика ведення

Гострий запальний процес в молочних залозах (МЗ) необхідно відрізнити від гострого застою молока (лактостазу).

Гострий лактостаз найчастіше розвивається на 3-5-й день після пологів, тобто у період приливу молока. Його причинами можуть бути: аномальна побудова соска, неправильне прикладання дитини до грудей, недостатній розвиток молочних протоків у жінок, які народили вперше, порушення режиму грудного вигодовування (ГВ) (недотримання вільного режиму за вимогою дитини). Через гострий застій молока може відбуватися закупорка молочного протоку, наприклад згустком молока. У такому випадку пухлиноподібне утворення відповідає контурам часток МЗ, ущільнення достатньо рухоме, з чіткими межами, бугристою поверхнею, безболісне або помірно болісне. При натисненні на це утворення молоко виділяється вільно або може бути утрудненим, зчіджування його безболісне. Після зчіджування жінка відчуває полегшення.

Загальний стан організму жінки у випадках гострого застою молока погіршується незначно. Температура тіла, клінічний аналіз крові частіше залишаються нормальними, під час дослідження секрету МЗ патологічні зміни не визначаються. Як правило, при лактостазі відсутні дві основні ознаки запального процесу – гіперемія та гіпертермія. Однак у ряді випадків гострий застій молока може супроводжуватися значним підвищенням температури тіла. Дуже важливо, що після зчіджування температура тіла нормалізується, і жінка відчуває полегшення. Додатково з метою проведення диференційного діагнозу лактостазу та маститу може бути використане УЗД. При ехографії МЗ добре візуалізується диференційована часточкова структура МЗ, можуть бути розширені протоки, збережена рівномірна загальна ехогенність, відсутні ділянки локальних змін.

При лактостазі передусім потрібно провести заходи, спрямовані на усунення його причини. У пацієнтки слід з'ясувати режим годування, проконсультувати її щодо необхідності годування дитини за

* Продовження. Початок у журналі «Медичні аспекти здоров'я жінки», 2014, № 1 (75).



вимогою, виключно грудьми, без додаткового застосування суміші, сосок, пляшечок і т. ін., проконтролювати правильність прикладання малюка до грудей. Фізіопроцедури широко застосовуються при лактостазі (ультразвук), тріщинах сосків (терапевтичний лазер). Жінці рекомендується дотримуватися певної дієти, яка не провокує затримку рідини, набряки, тобто виключити солодкі, жирні, солоні продукти. За наявності надлишків молока в перші дні становлення лактації можна перед годуванням новонародженого їх зціджувати.

Рання діагностика, лікування та профілактика лактаційного маститу

Мастит – це запалення паренхіми та інтерстиціальної тканини МЗ. Мастит слід відрізнити від інших запальних захворювань шкіри, підшкірної клітковини МЗ (фурункул, карбункул, абсцес, флегмона), які об'єднуються поняттям парамаститу. Гострий мастит найчастіше (82-87% випадків) зустрічається в післяпологовому періоді у жінок, які годують грудьми (лактаційний мастит). Лактаційний мастит є дещо «прихованою» проблемою, бо, згідно з офіційною статистикою, в Україні за 2004 р. в акушерських стаціонарах зареєстровано всього три випадки гнійного маститу. За даними спеціальної хірургічної літератури, лактаційні мастити мають місце у 2% жінок за період вагітності та годування грудьми.

Гострий мастит частіше розвивається протягом першого місяця післяпологового періоду. Багато факторів пов'язують із підвищеним ризиком маститу, однак лише два фактори, на нашу думку, є провідними – це застій молока та інфекція. У разі лактостазу на початкових стадіях маститу необхідно продовжувати ГВ. Серозно-інфільтративний мастит прогресує в деструктивний або абсцес тільки в 4% випадків, якщо регулярне випорожнення МЗ триває, та в 79% випадків – при відмові від ГВ.

Джерелом інфекції при маститах є бацилоносії, хворі з хронічними вогнищами гнійно-запальних захворювань; мікробний резервуар – повітря лікувальних закладів, предмети догляду, білизна, верхні дихальні шляхи обслуговуючого персоналу. Слід зазначити, що прогноз у разі внутрішньолікарняного зараження є менш сприятливим, що пов'язано з підвищеною резистентністю та вірулентністю лікарняних штамів стафілококів. Вхідними воротами для мікроорганізмів найчастіше є тріщини сосків, рідше інфекція розповсюджується гематогенним чи лімфогенним шляхом з ендогенних осередків.

Через застій молока збільшується число бактерій в молоці та молочних ходах. Молоко, що звернулося, піддається молочнокислому бродінню, що веде до руйнування епітелію молочних ходів і альвеол. При підвищенні тиску в МЗ порушується кровообіг, виникає венозний застій, набряк міжточної тканини, що створює додаткові умови для розвитку інфекції. Зниження загальної стійкості

організму жінки, послабленого пологами, авітамінозами, супутніми запальними захворюваннями, також призводить до виникнення маститу.

Мікробний пейзаж при маститі

Основний мікроорганізм, який спричиняє післяпологовий мастит, – це *Staphylococcus aureus*. Ця бактерія може бути виявлена приблизно у 70% жінок з маститом. До найбільш розповсюджених інфекційних агентів при маститі також належить *Staphylococcus epidermidis*, який висівають приблизно в 25% випадках. Рідше зустрічаються β-гемолітичні стрептококи, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas picetti*, *Bacteroides*, *Mycobacteria* і *Actinomyces*. Анаероби можуть визначитися при гнійному процесі, однак у мікробному пейзажі таких пацієнток *Staphylococcus spp.* превалює.

Хірургічна класифікація маститів:

I. За причиною захворювання: неспецифічний, специфічний.

II. За функціональним станом МЗ: лактаційний, нелактаційний.

III. За перебігом запального процесу: гострий, хронічний.

IV. За розповсюдженням процесу: обмежений, дифузний.

V. За характером запалення:

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний (деструктивний):
 - абсцедуючий;
 - інфільтративно-абсцедуючий;
 - флегмонозний;
 - гнійно-некротичний;
- гангренозний.

VI. За локалізацією та глибиною ураження:

- поверхневий: підшкірний, субареолярний;
- глибокий: інтрамаммарний, ретромаммарний.

Клініка і діагностика маститу

Своєчасна діагностика і лікування ранніх форм маститу дають можливість у більшості випадків досягти зворотного розвитку процесу, запобігають переходу його в гнійну, деструктивну фазу.

Особливо складно диференціювати від гострого застою молока початкові форми маститу. Під час проникнення в тканину МЗ гноєтворної мікрофлори застій молока через 2-4 дні, а інколи і протягом одного дня переходить в серозну стадію маститу. Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла, пітливості, слабкості, відчуття розбитості, різкого болю в МЗ. Груди збільшуються за розміром, пальпація їх стає болісною, інфільтрат визначається нечітко. Зцідження молока болюче і не дає полегшення. У крові спостерігається лейкоцитоз до $10-12 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів прискорена до 20-30 мм/год. При несвоєчасному початку лікування процес може перейти в інфільтративну фазу, для якої характерна більша вираженість



клінічних ознак запалення, тяжкість загального стану хворої. Пухлиноподібне утворення під час пальпації набуває більш чітких контурів. У крові спостерігається тенденція до моноцитозу та еозинофілії. У 80% хворих температура тіла підвищується до 38-41 °С. Контактна термометрія виявляє підвищення локальної температури МЗ у 78,8% пацієнток і наявність ділянок неоднорідності температури з коливаннями від 35,7 до 37,5 °С в межах однієї залози (середня температура шкіри МЗ у здорових жінок, які годують грудьми, становить 36,3 °С).

Перехід початкових форм маститу в гнійну форму характеризується підсиленням загальних і місцевих симптомів запалення, вираженими ознаками інтоксикації. Температура тіла тримається постійно на високих цифрах або набуває гектичного характеру. Інфільтрат в залозі збільшується, гіперемія шкіри наростає, в одній з ділянок залози з'являється флуктуація. У ряді випадків приєднуються явища лімфангоїту, регіонального лімфаденіту. Абсцеси можуть локалізуватися в поверхневих або глибоких відділах залози з розповсюдженням в ретромаммарний простір. Украй тяжкий стан хворих спостерігається при гангренозній формі маститу: температура тіла сягає 40-41 °С; тахікардія; МЗ різко збільшена в об'ємі, шкіра її набрякла, з пухирцями, наповненими геморагічним вмістом, з ділянками некрозу; набряклість розповсюджується на навколишні тканини; в крові – високий лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво та токсичною зернистістю лейкоцитів; в сечі визначається білок.

Поряд з оцінкою клінічних симптомів маститу у таких пацієнток слід провести лабораторне дослідження секрету МЗ, який в нормі має слабкокисло реакцію (рН = 6,8). Запальний процес призводить до зміни кислотності молока в бік збільшення рН, що пов'язано з підвищенням активності лужної фосфатази. Бактеріологічне дослідження молока дає змогу скорегувати антибактеріальну терапію.

Для диференційної діагностики різних стадій маститу виконують УЗД. Цей метод є високоінформативним, доступним, нешкідливим і може бути багаторазово використаний в динаміці. У разі *серозної* стадії маститу при УЗД добре видно диференційовану часточкову структуру МЗ, можуть бути розширені протоки, відзначається деяке зниження загальної ехогенності паренхіми. У випадках *інфільтративної* стадії відбувається зниження загальної ехогенності в ділянці відповідно до клінічних проявів (ущільнення, гіперемія, гіпертермія), диференціація часток МЗ не зовсім чітка. При маститі в *деструктивній* стадії під час УЗД добре візуалізуються ділянки значного зниження ехогенності або анехогенні, з неоднорідним вмістом, звичайно з достатньо чітким контуром, але неправильної форми. Проведення УЗД з метою визначення стадії маститу може мати

принципове значення щодо вибору тактики лікування, особливо у випадках неясної клінічної картини, при глибокій локалізації маститу, великих розмірах МЗ. Також можна використовувати термографію як додатковий метод діагностики.

Лікування маститу

Підходи до лікування лактостазу, ранньої стадії маститу (серозна, інфільтративна) і гнійно-деструктивних форм мають принципову різницю.

Основні принципи лікування маститу:

- урахування форми та стадії процесу;
- ранній початок лікування;
- своєчасна регулярна евакуація молока;
- продовження ГВ при всіх стадіях маститу, якщо можливо; при гнійних – після хірургічного лікування;
- елімінація збудника (антибактеріальна терапія);
- одночасне лікування тріщин сосків.

Як тільки діагноз післяпологового маститу встановлено, на відміну від лактостазу, який не потребує антибактеріальної терапії, при будь-якій стадії маститу необхідно одразу починати антибактеріальну терапію, щоб гарантувати оптимальний результат. Відтермінування лікування значно підвищує частоту формування абсцесу. На початкових стадіях показана комплексна консервативна терапія, в деструктивну фазу процесу – оперативне лікування з метою дренивання згідно з принципами класичної хірургії.

Лікування може проводитися або в амбулаторних умовах, або в стаціонарі, залежно від стану пацієнтки. У випадку амбулаторного лікування системні ознаки захворювання повинні обмежуватися лихоманкою та помірним нездужанням, повторний огляд і оцінка стану пацієнтки є обов'язковими протягом 24-48 год. За відсутності позитивної динаміки жінку слід госпіталізувати.

Основні вимоги до антибіотиків, які застосовуються під час лактації:

- нешкідливість для матері та новонародженого;
- широкий спектр дії (передусім проти грампозитивних коків і грамнегативних паличок);
- достатня концентрація та тропність до тканини МЗ;
- комплаєнтність (зручний для пацієнтки спосіб і режим застосування).

До антибіотиків, відносно безпечних для дитини при годуванні грудьми, належать пеніциліни, макроліди (азитроміцин, джозаміцин), цефалоспорины.

Заборонені до застосування при годуванні грудьми: сульфаніламід, лінкозаміни, похідні імідазолу (у разі призначення метронідазолу припинити годування грудьми на 12-24 год, молоко зцідувати), тетрацикліни, фторхінолони, левоміцетин.

Препаратами вибору слід вважати напівсинтетичні пеніциліни. При непереносимості антибіотиків пеніцилінового ряду необхідно враховувати можливість перехресної алергії до



цефалоспоринів. Цефтріаксон, який належить до парентеральних цефалоспоринів 3-го покоління, відрізняється незвичайними фармакокінетичними властивостями, в першу чергу тривалим періодом напіввиведення (8,5 год), що дає можливість використовувати його в зручному режимі – 1 раз на добу. Макроліди вважаються порівняно безпечними під час вагітності (за винятком рокситроміцину), але у зв'язку з проникненням в грудне молоко та відсутністю даних про вплив на новонародженого в період лактації, їх слід використовувати з обережністю.

Необхідна тривалість терапії антибіотиками точно не встановлена. Більшість спеціалістів рекомендує застосовувати їх курсом від 5 до 10 днів. Після клінічного видужання прийом антибіотиків необхідно продовжити ще протягом 48 год. Пацієнтки зі стафілококовою бактеріємією потребують більш тривалої терапії, обов'язково в умовах стаціонару. Розповсюдження з кров'ю *Staphylococcus spp.* може призвести до формування абсцесів у нирках, кістках та інших ускладнень (бактеріального ендокартиту). Зважаючи на особливу тяжкість стану, при стафілококовій бактеріємії показаний курс лікування від 10 до 14 днів. За наявності будь-якого свідчення метастазування абсцесу або бактеріального ендокартиту хворій призначають більш тривалий курс терапії. Рекомендується використання стафілококового бактеріофага, засобів, які підвищують імунореактивність організму, вітамінів.

Місцеве лікування проводиться не «компремсами», а у вигляді аплікацій з гелями та мазями, що покращують мікроциркуляцію та мають протизапальний ефект. Добре зарекомендували себе аплікації з маслом камфори, розведені у співвідношенні 1 : 1 з будь-яким очищеним маслом, напівспиртові аплікації. Не рекомендується застосовувати фізіолікування в гострому періоді маститу, при гнійних і деструктивних формах воно категорично протипоказано.

Незважаючи на відповідне лікування маститу, перехід в гнійно-деструктивні форми відбувається в 4-10% випадків. Це ускладнення вимагає негайного хірургічного втручання. Хірургічний розріз і дренивання здійснюються в операційній під наркозом. Розрізи повинні бути виконані за природними лініями шкіри, радіально або паралельно ареолярному краю. Це забезпечує адекватний дренаж і кращий косметичний результат. Додатково, з метою диференційної діагностики, частину стінки абсцесу слід відправити на патогістологічне дослідження, оскільки формування абсцесу може відбуватися паралельно з розвитком злоякісного новоутворення. Після дренивання абсцесу рана повинна бути добре промита антисептиками та залишатися відкритою.

Рішення про можливість продовження ГВ приймається індивідуально і залежить від загального стану матері та дитини, локалізації та стадії масти-

ту, антибактеріальних препаратів, що використовуються. ГВ треба зберігати в усіх випадках, коли це можливо. Продовження годування грудьми сприяє зменшенню застою молока. В окремих випадках за індивідуальними показаннями: виражена інтоксикація у матері, неефективність лікування, часті рецидиви маститу, необхідність у госпіталізації матері, у призначенні небезпечних для дитини антибактеріальних препаратів, великий розмір хірургічної рани, її дуже близька локалізація до ареоли, рішення педіатра – ГВ може бути тимчасово перервано (зціджування молока, продовження годування лише однією, здоровою МЗ) або взагалі припинена лактація.

Рання діагностика післяпологового маститу сприяє швидкому початку протизапальної терапії, дає змогу зберегти лактацію у більшості випадків, мінімізувати негативний вплив на жінку та малюка. Заходами та обов'язковими умовами профілактики є дотримання санітарно-гігієнічного режиму, своєчасне виявлення та санація осередків інфекції, дотримання умов природного ГВ, правильне прикладання новонародженого до грудей, уважність та доброзичливість медичного персоналу.

Алгоритм надання консультативно-лікувальної допомоги при лактостазі та лактаційному маститі представлено на схемі.

Висновки

1. Грудне вигодовування має велике значення для фізичного і психоемоційного здоров'я новонародженого та для здоров'я жінки, зокрема знижує ризик онкозахворювань органів репродуктивної системи.

2. Для успішного фізіологічного становлення лактації і подальшої її підтримки дуже важливим є інформаційна та практична допомога підготовленого медичного персоналу. Підготовку жінки до ГВ необхідно починати ще під час вагітності та продовжувати в післяпологовому стаціонарі. Після виписки породіллі можлива підтримка ГВ шляхом організації гарячої телефонної лінії. Дуже важливо дотримуватися єдиної політики підтримки ГВ у лікувальному закладі на всіх етапах.

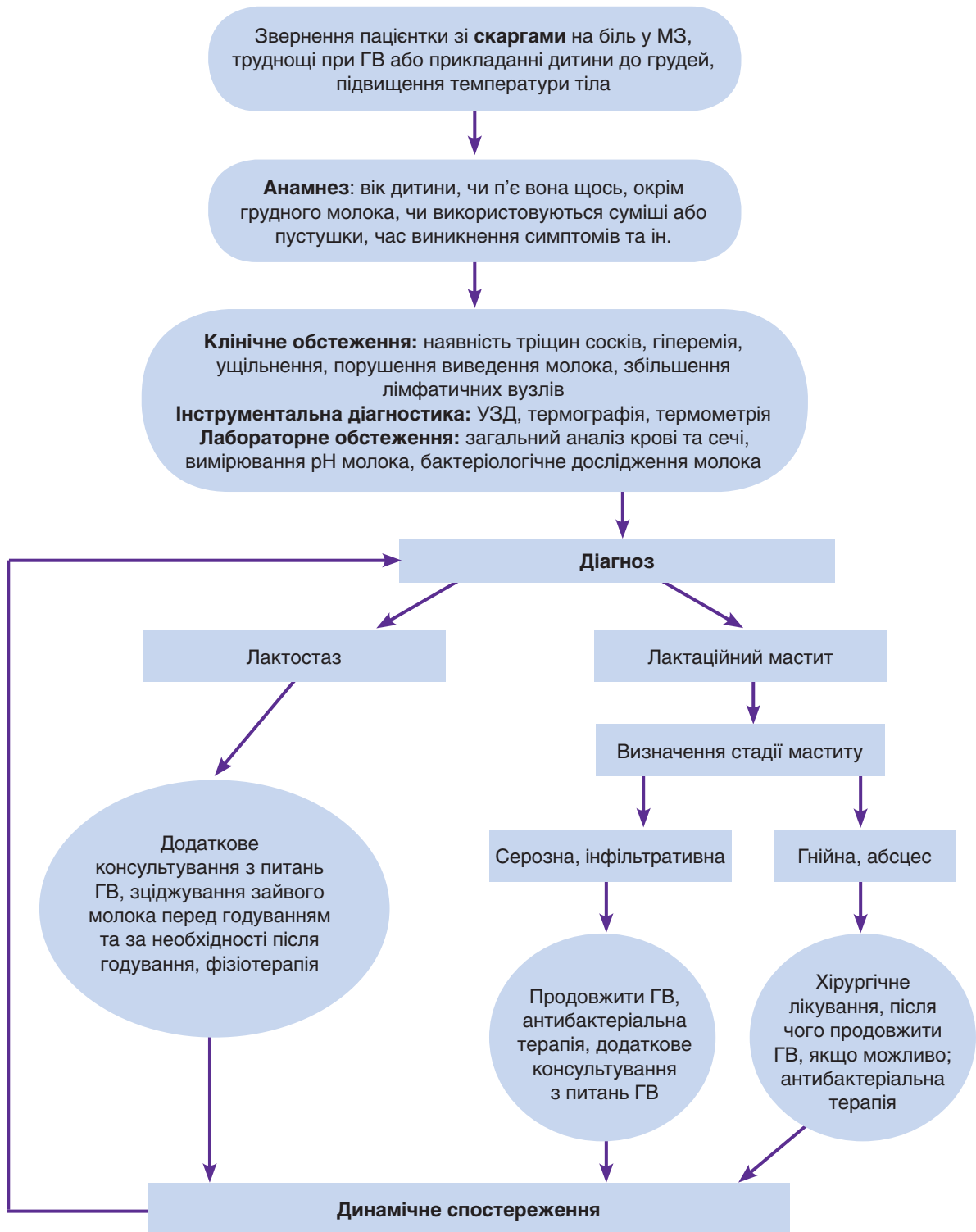
3. Рання діагностика лактостазу та післяпологового маститу є вкрай необхідною, адже це дає змогу швидко почати лікування, уникнути ускладнень, зберегти лактацію у більшості випадків, мінімізувати негативний вплив на жінку та малюка.

4. Підходи до лікування лактостазу, маститу на ранній стадії (серозній, інфільтративній), а також його гнійно-деструктивних форм мають принципову різницю. Перехід в гнійно-деструктивні стадії відбувається в 4-10% випадків. Це ускладнення вимагає негайного хірургічного втручання.

5. Лактостаз не потребує антибактеріальної терапії. При всіх стадіях лактаційного маститу рекомендується використання антибактеріальних



Схема. Алгоритм надання консультативно-лікувальної допомоги при лактостазі та лактаційному маститі



препаратів. Перевага надається безпечним для дитини антибіотикам, що дає змогу не припиняти годування грудьми.

6. Рішення про можливість збереження ГВ приймається індивідуально і залежить від загального стану матері та дитини, локалізації та стадії маститу, антибактеріальних препаратів, що використовуються. ГВ слід зберігати в усіх випадках, коли це можливо.

7. Згідно з протоколами МОЗ України, однією з передумов успішного ГВ є обстеження МЗ жінки при плануванні вагітності та двічі під час вагітності. У разі підозри на наявність пухлини МЗ потрібна консультація онколога. Непухлинні (дисгормональні) захворювання МЗ не є протипоказанням до ГВ.

8. Якщо годування грудьми з будь-яких причин неможливе, перевага віддається медикаментозному методу запобігання або припинення лактації.



9. Застосування системи організаційних, профілактичних та діагностично-лікувальних заходів, розроблених і впроваджених в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства, дає можливість значно покращити якісні показники лактації, підвищити прихильність до годування грудьми до 6 міс з 36,7 до 54,3% та знизити частоту порушень лактації з 41,6 до 14,8%, гіпогалактії – з 10,8 до 1,9%.

Список використаної літератури

1. Куприненко Н.В. Фармакокінетика антимікробних препаратів во время беременности и их действие на плод / Н.В. Куприненко // *Новости медицины и фармации.* – 2010. – № 310. – С. 50-57.
2. Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні: навчальний посібник / Н.Я. Жилка, Г.О. Антоненкова, Л.І. Тутченко [та ін.]; під ред. Жилки Н.Я. – К. : Сім'я від А до Я, 2006. – 160 с.
3. Наказ МОЗ України від 31.07.2006 р. № 529/49 «Про затвердження галузевої програми “Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні”».
4. Наказ МОЗ України від 04.08.2006 р. № 540 «Про затвердження принципів підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу “Лікарня, доброзичлива до дитини”».
5. Бабич Т. Ю. Сімейні пологи: профілактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Т.Ю. Бабич. – Донецьк, 2009. – 40 с.
6. Бабич Т.Ю. Становление лактации у женщин с различным уровнем субъективного контроля, рожавших при поддержке мужа и традиционно / Т.Ю. Бабич // *Укр. мед. альманах.* – 2009. – Т. 12, № 1. – С. 19-22.
7. Бабич Т.Ю. Вплив сімейних пологів і підготовки до них на становлення лактації / Т. Ю. Бабич: зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2010. – С. 404-408.
8. Бабич Т.Ю. Лактация и здоровье молочных желез / Т.Ю. Бабич, С.А. Ласачко, О.А. Джеломанова // *Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл.-корр. НАМН Украины В.К. Чайки.* – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 483-488.
9. Городенчук З. Лактація та рак молочної залози: чи варто годувати грудьми також після року / З. Городенчук, О. Шлемкевич // *3 турботою про здоров'я жінки.* – 2009. – № 6 (12). – С. 26-29.
10. Городенчук З. Лактация и ее продолжительность: отдаленные эффекты для здоровья женщины / Городенчук З., Шлемкевич О., Лехновская Т. // *Медицина світу.* – 2009. – С. 183-197.
11. Джеломанова О.А. Влияние продолжительности и особенностей лактации на здоровье молочных желез (обзор литературы) / Джеломанова О.А., Ласачко С.А., Бабич Т.Ю. // *Сучасні медичні технології.* – 2010. – № 4. – С. 84-87.

12. Ласачко С.А. Послеродовой мастит и лактостаз: тактика ведения / С.А. Ласачко, О.Н. Долгошапка // *Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / под ред. чл.-корр. НАМН Украины В.К. Чайки.* – [2-е изд. испр. и доп.]. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – С. 489-509.

13. Чайка В.К. Рожаем вместе. Семейные роды: «за» и «против» / В.К. Чайка, Т.Ю. Бабич. – Донецк: ЧП «Лавис», 2006. – 208 с.

14. Ретроспективная оценка факторов риска возникновения заболеваний молочных желез / В.К. Чайка, А.А. Трегубенко, С.А. Ласачко, М.Г. Тарасова // *Медико-соціальні проблеми сім'ї.* – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 4-7.

15. Breast cancer and breastfeeding: collaborative re-analysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease / Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer // *Lancet.* – 2002. – Vol. 360, N 9328. – P. 187-195.

16. Parity, breastfeeding and breast cancer risk by hormone receptor status in women with late age at first birth — A Case Control Study / S.J. Lord, L. Bernstein, K. Johnson [et al.] // *AACR Meeting Abstracts.* – 2007. – Vol. 2005. – P. 754.

Поддержка грудного вскармливания в случае возникновения лактостаза или мастита: дискуссионные вопросы сегодняшнего дня

С.А. Ласачко

Представлены современные взгляды на такие нарушения лактации, как мастит и лактостаз. Приведены классификации, особое внимание уделено дифференциальному диагнозу этих состояний, а также разных стадий мастита. Изложено основные принципы лечения лактостаза и мастита на разных стадиях, а также поддержки грудного вскармливания в подобных ситуациях. Описаны методы первичной и вторичной профилактики на основе многолетнего опыта Донецкого регионального центра охраны материнства и детства.

Ключевые слова: грудное вскармливание, лактация, молочная железа, лактостаз, мастит, диагностика, лечение.

Support of the breast feeding in the case of lactostasis or mastitis: debatable questions of contemporaneity

S.A. Lasachko

There is presented modern views on such lactation disorders as lactostasis and mastitis. Classifications of these disorders are expounded; the special attention is spared the differential diagnosis of these conditions and also the different stages of mastitis. Basic principles of treatment of lactostasis and mastitis of the different stages and also supporting of the breast feeding in such situations are expounded. The methods of primary and second prophylaxis are indicated on the basis of long-term experience of Donetsk regional center of protection of maternity and childhood.

Keywords: breast feeding, lactation, breast, lactostasis, mastitis, diagnostics, treatment.