

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ СООБЩЕНИЯ

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

О.А. Пустотина

*Российский университет дружбы народов  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии*

В статье изложены эпидемиологические данные, клинические проявления, патогенез и современные методы лечения лактостаза и лактационного мастита. Дана сравнительная характеристика методов контрацепции, применяемых в период грудного вскармливания, а также приведены результаты социологического исследования распространенности различных методов контрацепции среди кормящих женщин в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, лактостаз, мастит, контрацепция после родов.

По данным института маркетинговых исследований GfK-Русь [26], проводившего в 2011 г. опрос 1200 российских женщин, имеющих детей до 3-х лет, распространенность грудного вскармливания в России достаточно высокая: 86 % опрошенных женщин кормили ребенка грудью до 6 мес. и почти половина (45 %) – до одного года.

### **Что помогает и что мешает грудному вскармливанию?**

В методических рекомендациях Всемирной организации здравоохранения «Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста» [6] изложены основные факторы, помогающие и мешающие грудному вскармливанию.

#### ***Факторы, помогающие грудному вскармливанию:***

- постоянный контакт между матерью и ребенком;
- кормление грудью сразу после родов;
- кормление по требованию ребенка;
- исключительно грудное вскармливание;
- правильное расположение тела и прикладывание ребенка к груди;
- укрепление уверенности матери, внимание и забота к ней.

#### ***Факторы, мешающие грудному вскармливанию:***

- отделение ребенка от матери;

- задержка первого кормления;
- ограничение частоты кормления или кормление по графику;
- отъем ребенка от груди прежде, чем он закончил сосать;
- докорм искусственной смесью;
- неправильная техника прикладывания ребенка к груди;
- высказывания, заставляющие мать сомневаться в ее способности выкормить ребенка;
- использование сосок и пустышек;
- обмывание сосков до и после каждого кормления.

Наиболее значимыми проблемами, ограничивающими грудное вскармливание в раннем послеродовом периоде, являются лактостаз и лактационный мастит.

**Лактационный (послеродовой) мастит** – воспалительное заболевание молочной железы, развившееся после родов и сопряженное с процессом лактации.

По данным зарубежной литературы, заболеваемость маститом по отношению к общему числу родов составляет от 2 до 33 %, при этом доля мастита среди послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в ряде стран достигает до 67 % [27, 28].

По данным эпидемиологической службы нашей страны, частота послеродового мастита составляет всего 2–4 % от всех зарегистрированных послеродовых

инфекционно-воспалительных заболеваний [9]. В статистических отчетах родильных домов такая патология встречается редко, составляя, в среднем, 10–11 случаев в год [4]. В то же время среди больных отделений гнойной хирургии многопрофильных больниц родильницы с маститом составляют до 27 % [17].

Значительное расхождение показателей, по мнению специалистов, осуществляющих эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями, обусловлено проблемой инфекционного контроля в родовспоможении, когда в некоторых регионах нашей страны не регистрируется до 93 % случаев инфекционных заболеваний после родов [9]. С другой стороны, этому есть объективные причины. В связи с поздним началом заболевания, часто через 2–4 нед. после родов, обращаются родильницы с маститом преимущественно в хирургические, а не в акушерские стационары. Но даже данные хирургических стационаров не отражают истинную картину заболеваемости маститом, потому что фиксируют только случаи поздней гнойной стадии заболевания, начальные формы – серозная и инфильтративная – практически нигде не учитываются.

**Этиология и патогенез.** Основным возбудителем лактационного мастита является золотистый стафилококк. Другая микрофлора (стрептококки, эшерихии, синегнойная палочка, эпидермальный стафилококк, протей и др.) встречается редко и обычно присоединяется на стадии гнойного процесса [1; 2; 27; 28].

Размножение патогенных микроорганизмов всегда начинается на фоне застоя молока – лактостаза. При этом инфицирование молочных желез возможно тремя путями:

- из очага хронической инфекции матери;
- госпитальным путем от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями или носителей золотистого стафилококка;
- при прикладывании к груди новорожденного, инфицированного золотистым стафилококком от

медицинского персонала, белья или предметов ухода.

**Клиника.** Послеродовой мастит разделяют на три последовательные формы, соответствующие стадиям развития воспалительного процесса: серозную, инфильтративную и гнойную [1; 2].

Заболевание начинается остро с повышения температуры тела и появления болезненного уплотнения в молочной железе, не уменьшающего после сцеживания. Без лечения или при его неэффективности в короткие сроки через 1–3 дня развивается инфильтративная стадия. При инфильтративном мастите инфильтрат в молочной железе приобретает четкие контуры, появляется гиперемия кожи над очагом поражения, регионарный лимфаденит. Симптомы интоксикации могут быть настолько выражены, что в литературе даже описаны случаи токсического шока, вызванного золотистым стафилококком. Отсутствие адекватной антибактериальной терапии на этой стадии мастита в течение 5–10 дней приводит к нагноению очага инфильтрации. Нередко переход в гнойный процесс происходит через 3–4 дня после появления первых клинических симптомов заболевания [2; 16; 27; 28].

**Диагностика** лактационного мастита основывается на клинических проявлениях заболевания, воспалительных изменениях в анализе крови и обнаружении патогенных возбудителей при бактериологическом исследовании молока в количестве более  $5 \times 10^2$  КОЕ/мл. В постановке диагноза помогает проведение ультразвукового исследования молочных желез.

**Лечение** мастита необходимо начинать при появлении первых признаков заболевания. Своевременная комплексная терапия начальных стадий заболевания (серозной, инфильтративной) предотвращает развитие гнойного процесса, при котором консервативная тактика становится неэффективной, и больная нуждается в госпитализации в хирургический стационар.

При появлении первых признаков мастита – высокой температуры тела и болезненности в молочной железе – сначала

рекомендуется «активное опорожнение» молочных желез, подразумевающее более частое и длительное сцеживание и/или прикладывание ребенка к груди. В большинстве случаев этого бывает достаточно, и застойно-воспалительные явления в молочной железе ликвидируются. Сохраняющиеся гипертермия тела и болезненное уплотнение в молочной железе через 36–48 часов от начала заболевания являются абсолютными показаниями к назначению антибактериальных средств – важнейшему компоненту комплексной терапии лактационного мастита. Никакие домашние и народные методы в виде компрессов из печеного лука, соли или капусты без своевременной и адекватной антибактериальной терапии не предотвращают нагноения воспалительного очага в молочной железе.

В настоящее время препаратами выбора для лечения лактационного мастита являются ингибиторозащищенные пенициллины. При серозном мастите амоксициллин с клавулановой кислотой назначается перорально по 1 г дважды или по 625 мг трижды в сутки. При инфильтративной форме препарат вводится внутривенно по 1,2 г трижды в сутки. Рекомендуется проводить ступенчатую антибактериальную терапию, при которой в течение первых 2–5 дней (до нормализации температуры тела) амоксициллин/клавуланат вводится внутривенно, а затем, в течение 3–5 дней, принимается в таблетированной форме [1; 2; 17; 16; 18; 19].

Золотистый стафилококк, основной возбудитель мастита, также чувствителен к цефалоспорином, аминогликозидам и линкозамидам, которые в зависимости от стадии заболевания назначаются перорально или парентерально. При обнаружении метициллинрезистентных штаммов стафилококка назначают гликопептиды [2; 21; 28].

Комплексная терапия послеродового мастита кроме антибактериальных препаратов включает анальгезирующие, противовоспалительные, десенсибилизирующие и

иммуномодулирующие средства. Ограничение количества потребляемой жидкости в период лечения считается грубой ошибкой. Для борьбы с интоксикацией женщине рекомендуется выпивать не менее 2-х литров жидкости в сутки.

Больным гнойной формой мастита должно своевременно и в достаточном объеме осуществляться хирургическое лечение путем вскрытия и дренирования гнойного очага с повторным забором материала для микробиологического исследования [18; 28].

**Грудное вскармливание.** До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о возможности грудного вскармливания при лактационном мастите. Существуют рекомендации по продолжению кормления ребенка «здоровой» грудью на фоне проводимого лечения. По мнению Б.Л. Гуртового и соавт. [2], деление на «здоровую» и «больную» грудь является условным, потому что патогенные возбудители в большинстве случаев высеваются в обеих молочных железах.

Мы считаем, что кормление ребенка допускается только на начальном этапе развития мастита во время «активного опорожнения молочных желез». В случаях его неэффективности и назначения комплексной антибактериальной и противовоспалительной терапии грудное вскармливание необходимо прекратить. Все лечебные мероприятия должны направляться на подавление инфекционного очага и предупреждение развития гнойной формы заболевания, наносящей тяжелый вред здоровью женщины [2; 10].

**Торможение и подавление лактации.** С целью повышения эффективности терапии мастита следует проводить ее на фоне временного торможения или подавления лактации [2; 10; 19; 23; 28]. *Торможение лактации* – искусственное снижение интенсивности процессов молокообразования и молокоотдачи, *подавление лактации* – полное прекращение указанных процессов. Торможение лактации проводят при лечении серозного и инфильтративного мастита, при

гнойной форме заболевания показано полное подавление лактации.

Подавление лактопозза проводят препаратами бромокриптина, ингибирующими сек-рецию пролактина передней долей гипофиза. Бромокриптин (парлодел) назначают по 2,5 мг дважды в сутки строго после еды, запивая достаточным количеством жидкости. Такой режим приема препарата позволяет избежать нежелательных побочных эффектов, таких как головокружение, головная боль, слабость и снижение артериального давления. Курс лечения при торможении лактации составляет 3–5 дней, при подавлении – 14 дней (в ряде случаев – 21 день). Для подавления лактации также применяется каберголин (достинекс) по 250 мкг каждые 12 часов в течение двух дней.

В период подавления лактации не следует ограничивать большой количество потребляемой жидкости. В противоположность прежним представлениям в настоящее время научно доказано, что объем жидкости до 2–2,5 л не влияет на лактопозз, а ее значительное количество (более 3–4 л) оказывает тормозящее влияние на секрецию пролактина и снижает процесс молокообразования.

Интенсивность проводимой терапии лактационного (послеродового) мастита, при наличии общих принципов, определяется клинической формой заболевания и индивидуальными особенностями организма женщины. Вопрос о возможности возобновления грудного вскармливания после лечения решается индивидуально с учетом данных микробиологического исследования отделяемого из молочных желез.

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

**Клиника.** Лактостаз начинается остро, чаще на 3–4 сутки после родов, в основном у некормлящих женщин. Молочные железы увеличиваются в объеме, становятся плотными, горячими, резко болезненными

при пальпации, затрудняется сцеживание молока, повышается температура тела. Иногда этому способствует медицинский персонал, не понимающий важности раннего прикладывания ребенка к груди для гармоничного стимулирования лактопозза у матери [8].

**Дифференциальная диагностика лактостаза и лактационного мастита.** Определенные трудности возникают при дифференцировании лактостаза и лактационного мастита. Оба состояния начинаются остро с повышения температуры тела и болей в молочной железе. При этом лактостаз манифестирует на 3–4 сут. после родов преимущественно у *некормлящих* женщин. Мастит, как правило, развивается позже – не ранее 5–8 сут. после родов на фоне предшествующего выраженного лактостаза или, чаще у *кормящих* женщин, на 2–4 нед. послеродового периода. Для мастита характерно нагрубание и резко болезненное сцеживание *одной* молочной железы, тогда как при лактостазе этот процесс диффузный, затрагивающий *обе* молочные железы.

**Патогенез.** Подготовка молочной железы к процессу лактации происходит в течение всей беременности: развивается альвеолярная ткань, млечные протоки, синусы, увеличивается количество клеток, секретирующих молоко – лактоцитов, в тканях молочной железы накапливаются рецепторы пролактина – основного гормона, обеспечивающего лактацию. До родов они заблокированы гормонами, продуцируемыми плацентой, в первую очередь прогестероном. Механизм лактации начинает реализовываться только после рождения ребенка и отделения последа, когда снижается концентрация плацентарных стероидов и освобождаются заблокированные ими периферические рецепторы пролактина. В ответ на раздражение их сосущим ребенком активируется синтез пролактина в передней доле гипофиза и стимулируется лактопозз. Одновременно в задней доле гипофиза вырабатывается окситоцин, под влиянием которого в альвеолах сокращаются миоэпителиоциты и молоко проталкивается в

выводные протоки. Темп становления лактации зависит от скорости снижения концентрации плацентарных стероидов и роста секреции пролактина, взаимосвязанных по механизму обратной связи [8; 16].

При лактостазе имеет место дисфункция молочной железы в результате резкого падения уровня прогестерона и слишком быстрого повышения уровня пролактина. Пиковый подъем уровня пролактина стимулирует лактопоз, в то же время прогестерон-дефицитное состояние обуславливает отек тканей и сдавление протоков молочной железы. Отсутствие раздражения области соска сосущим ребенком или сцеживанием молочных желез усугубляет ситуацию и приводит к недостаточной продукции окситоцина задней долей гипофиза и отсутствию сокращений альвеолярных миоэпителиоцитов, в результате чего молоко не поступает в выводные протоки и остается в альвеолах. Клинически это выражается в отеке, нагрубании и болезненности молочных желез [11; 19].

**Лечение.** Анализ традиционно используемых методов купирования лактостаза с патогенетической точки зрения показывает, что применение их малоэффективно, а в ряде случаев – вредно. Так, различные физиотерапевтические процедуры дают слабо выраженный эффект; внутримышечные инъекции но-шпы с окситоцином, вызывая сокращение альвеолярных миоэпителиоцитов при сдавлении млечных протоков отечной тканью молочной железы, также оказываются малоэффективными; применение различных согревающих компрессов (спиртовых, водочных) блокирует влияние окситоцина на сократительную активность миоэпителиоцитов; массаж и грубое сцеживание молочных желез, особенно при помощи медицинского персонала, усиливают отек и нагрубание молочных желез и даже могут привести к повреждению альвеолярной ткани и гематомам.

Существуют две патогенетически обоснованные схемы лечения выраженного лактостаза. Первая схема была предложена

проф. Б.Л. Гуртовым еще в 70-х годах прошлого века. В ее основе лежит подавление пикового подъема секреции пролактина гипофизом препаратами бромокриптина. Они назначаются на 1–2 дня по 1,25–2,5 мг 2–3 раза в сутки в сочетании с «покоем» молочных желез. В течение этого времени ликвидируется гормональный дисбаланс и нагрубание молочных желез постепенно уменьшается, что создает условия для сцеживания и кормления ребенка [1; 10].

Во второй схеме используется трансдермальный прожестожель-гель [11], содержащий гестагены: в 100 г геля 1 г прогестерона. Его широко используют в гинекологической практике для лечения масталгии и мастодинии [3; 15; 16]. При нанесении 2,5 г геля на кожу молочных желез происходит повышение концентрации прогестерона в ее ткани, в результате чего блокируются периферические рецепторы пролактина и подавляется альвеолярный лактопоз. Кроме того, трансдермальный прогестерон блокирует рецепторы эстрогенов, что стимулирует выведение жидкости из ткани молочной железы и устраняет сдавление выводных протоков. Уже через 15–20 минут действия препарата отмечается значительное уменьшение болей и нагрубания в молочной железе, что дает возможность приступить к их бережному сцеживанию, а уже через 1 час, после выведения препарата из ткани молочной железы, приложить ребенка к груди [11].

Многочисленные экспериментальные и клинические данные, в т.ч. проведенные нами у лактирующих женщин, показали, что трансдермальное применение прожестожеля, создавая высокую концентрацию прогестерона в зоне применения, не оказывает системного действия и не имеет побочных эффектов [3; 11; 15].

**Профилактика лактационного мастита и лактостаза.** В основе профилактики лактостаза и лактационного мастита лежит соблюдение родильницами санитарно-эпидемиологического режима, раннее прикладывание ребенка к груди или сцеживание молочных желез с первого дня после родов, а также

адекватная частота и техника прикладывания ребенка к груди с соблюдением правил гигиены.

### **Лактация и контрацепция.**

Одной из актуальных проблем, имеющих место у кормящих женщин, является предохранение от нежеланной беременности в период грудного вскармливания. Как показывают социологические исследования, более 95 % кормящих матерей не планируют иметь беременность в ближайшем времени [22; 25]. Кроме того, специалистами установлено, что наступление беременности менее, чем через 3 года после родов, крайне неблагоприятно влияет как на здоровье женщины, так и на перинатальные исходы [25].

Наилучшим естественным методом контрацепции после родов является грудное вскармливание. На его фоне поддерживается постоянная высокая секреция пролактина, необходимая для подавления овуляции, и развивается лактационная аменорея. Но, как показали исследования, методу лактационной аменореи доверяет только четвертая часть кормящих женщин, а более 60 % не уверены в его достаточной надежности и применяют дополнительные средства контрацепции [26]. Необходимые условия для достижения высокой эффективности метода лактационной аменореи опубликованы в «Медицинских критериях приемлемости для использования методов контрацепции» ВОЗ [7]. В них указывается, что грудное вскармливание является высокоэффективным методом предохранения от беременности у женщин, кормящих ребенка исключительно грудью, у которых при этом нет менструаций и в период после родов не более 6 мес. При несоблюдении хотя бы одного из условий метод лактационной аменореи не является надежным.

По данным проведенного GfK-Русь исследования, среди женщин, дополнительно предохраняющихся от нежелательной беременности во время грудного вскармливания, наиболее популярны барьерный и естественные методы [26]. Их применяют 56 % и 34 % соответственно. Эти методы безопасны, доступны и просты в

использовании, но не имеют достаточной степени надежности.

Каждая десятая кормящая женщина использует местные методы для дополнительной послеродовой контрацепции, такие как спермициды и внутриматочная спираль. Как известно, спермициды имеют невысокий индекс надежности, а некоторые из них являются причиной развития тяжелого дисбактериоза генитального тракта [21]. Применение внутриматочной спирали сопряжено с риском инфекционных осложнений, кровотечений, перфорации матки. Кроме того, введение внутриматочного контрацептива в раннем послеродовом периоде увеличивает частоту его экспульсии [7; 13; 20; 22].

Таким образом, в результате использования низкоэффективных методов предохранения от беременности или неправильного их использования в период грудного вскармливания, по разным данным, от 10 до 35 % женщин в течение первого года после рождения ребенка обращаются в медицинские учреждения для искусственного прерывания беременности [13; 22].

Самыми надежными методами предохранения от беременности экспертами ВОЗ признаны гормональная контрацепция и добровольная хирургическая стерилизация. Как известно, хирургическая стерилизация является *необратимым* методом и поэтому не может быть рекомендована для широкого использования. Гормональная контрацепция относится к самым эффективным *обратимым* методам с индексом Перля менее 1 [7]. По данным российского социологического исследования [26], только 14 % кормящих женщин, дополнительно предохраняющихся от беременности, используют гормональную контрацепцию.

К методам гормональной контрацепции в период грудного вскармливания предъявляются дополнительные требования, основными из которых являются: безопасность для матери и ее ребенка, а также отсутствие негативного влияния на процесс лактации. Таким требованиям соответствуют гормональные средства, относящиеся к чистопрогестагенной

контрацепции. В отличие от комбинированных гормональных контрацептивов в своем составе они не содержат эстрогенов, поэтому не оказывают влияния на продукцию грудного молока и длительность лактации. Их безопасность и эффективность в период грудного вскармливания подтверждена более чем сорокалетней историей изучения и применения [6; 7; 21; 24].

Чистопрогестагенные контрацептивы выпускаются в виде таблетированных и парентеральных форм. Все парентеральные формы, к которым относятся: внутриматочная система с левоноргестрелом Мирена, инъекционный препарат Депо-Провера и подкожный имплант Импланон, являются контрацептивами длительного действия. Несмотря на высокую эффективность и положительные неконтрацептивные эффекты, их использование ограничено необходимостью обращения к медицинскому персоналу для установки и удаления контрацептива, а также длительным периодом (до 1–2 лет) восстановления фертильности после прекращения его применения [7; 24]. Несмотря на это, среди современных российских женщин наиболее популярным гормональным контрацептивом в послеродовом периоде оказалась внутриматочная релизинг-система Мирена. Ее применяет каждая пятая женщина, имеющая ребенка до 3-х лет [26].

По рекомендациям ВОЗ, препаратами первой линии для использования в период грудного вскармливания все-таки являются таблетированные формы прогестагенной контрацепции [7]. К ним относятся: *мини-пили* и *чарозетта*. Мини-пили представлены в нашей стране двумя препаратами: *экслютеном*, содержащим 500 мкг линестренола, и *микролотом* (ежедневная доза левоноргестрела 300 мкг). В настоящее время их контрацептивный эффект считается не достаточным, так как обусловлен, в основном, повышением вязкости цервикальной слизи. Подавление овуляции под воздействием мини-пили происходит

только в 40–60 % менструальных циклов. Кроме того, вследствие способности быстрого восстановления нормальной вязкости цервикальной слизи уже через 3 часа пропуска приема очередной таблетки происходит значительное снижение контрацептивной защиты.

Высокоэффективным средством таблетированной прогестагенной контрацепции является чарозетта [7; 14; 22; 24]. Ее контрацептивный эффект сходен по механизму действия и коэффициенту надежности с комбинированными гормональными препаратами и основан на подавлении овуляции. Подобно приему комбинированных оральных контрацептивов защитный эффект чарозетты не снижается при пропуске таблетки в течение 12 час. Препарат можно применять уже через 6 нед. после родов у кормящих женщин и через 21 день – у не кормящих. Чарозетту назначают в непрерывном режиме по 1 таблетке, содержащей 75 мкг дезогестрела, в день. Непрерывный режим приема приводит к подавлению овуляции в 99 % менструальных циклов, а также поддерживает постоянный уровень половых гормонов в крови, что позволяет избежать развития циклических кровотечений отмены, имеющих место при приеме комбинированных гормональных контрацептивов. Аменорея на фоне приема чарозетты отмечается у абсолютного большинства кормящих женщин. Появление в ряде случаев редких мажущих кровяных выделений также является нормальной реакцией эндометрия на непрерывное действие прогестагенов [6; 21].

Несмотря на четкие рекомендации ВОЗ, в нашей стране существует серьезная проблема информированности населения о современных эффективных средствах гормональной контрацепции, разрешенных к использованию во время кормления грудью. Каждая третья опрошенная женщина считает безопасным принимать противопоказанные в этот период комбинированные гормональные контрацептивы, 17 % кормящих женщин используют низконадежные мини-пили, а 7 % – даже не придают значения названию препарата, считая, что все они одинаковые.

Только 44 % респондентов (по 22 % соответственно) применяют высокоэффективные и безопасные методы гормональной контрацепции – внутриматочную систему с левоноргестрелом и оральные дезогестрел [7].

Тем не менее, принимая во внимание высокую актуальность проблемы абортов в нашей стране, которых выполняется около 1 200 000 в год, любой метод контрацепции несоизмеримо более приоритетен, чем искусственное прерывание нежеланно наступившей беременности [12].

1. *Ахмедьянова, Г.У.* Обоснование рациональной антибиотикотерапии лактационного мастита / Г.У. Ахмедьянова, Б.Л. Гуртовой, С.Д. Воропаева // Акуш. и гин. – 1977. – №5. – С. 49–53.

2. *Гуртовой, Б.Л.* Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой, В.И. Кулаков, С.Д. Воропаева. – М. : Триада-Х, 2004. – 176 с.

3. Диагностика и лечение фиброзно-кистозной мастопатии : метод. пособие для врачей / Е.Ф. Кира [и др.]. – СПб. : ВМА. – 1999. – 32 с.

4. *Ковтунова, О.Ф.* Особенности эпидемиологии внутрибольничных инфекций родильниц и новорожденных в Омском областном родильном доме / О.Ф. Ковтунова, Т.М. Обухова, И.В. Быкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – №1. – С. 8–11.

5. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста / Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ. Региональные публикации ВОЗ. Европ. серия №87. – 2003. – 369 с.

6. *Кузнецова, И.В.* Происхождение и лечение кровотечений прорыва при использовании контрацептивов, содержащих только «гестагены» / И.В. Кузнецова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8. – №1. – С. 4–6.

7. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции / ВОЗ. – 2004. – 170 с.

8. Молочные железы и гинекологические болезни / под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 304 с.

9. *Петрухина, М.И.* Внутрибольничные инфекции: эпидемиология и профилактика : учеб. пособие для врачей / М.И. Петрухина, Г.В. Ющенко, Т.Г. Суранова. – М. : ЗАО «МП Гигиена», 2008. – 504 с.

10. Применение парлодела при послеродовом мастите / Б.Л. Гуртовой [и др.] // Акуш. и гин. – 1984. – №5. – С. 22–25.

11. *Пустотина, О.А.* Лактационный мастит и лактостаз / О.А. Пустотина, Ю.А. Павлютенкова // Рос. вестник акуш.-гин. – 2007. – №2. – С. 55–57.

12. *Радзинский, В.Е.* Российский путь от аборта к контрацепции / В.Е. Радзинский // Status Praesens. – 2011. – №2. – С. 5–6.

13. *Серова, О.Ф.* Контрацепция после родов / О.Ф. Серова // Трудный пациент. – 2008. – №2. – С. 3–6.

14. *Серов, В.Н.* Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М., 2006. – 215 с.

15. *Тихомиров, А.Л.* Местные гормональные препараты в лечении доброкачественных заболеваний молочной железы, сопровождающихся масталгией / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин // Рус. мед. журнал. – 2000. – Т. 8. – №18. – С. 768–771.

16. Физиология и патология молочных желез в практике акушера-гинеколога : руководство для врачей / под ред. О.С. Филиппова. – М., 2005. – 45 с.

17. Физиология и патология послеродового периода / А.Н. Стрижаков [и др.]. – М. : Издат. дом «Династия». – 2004. – 120 с.

18. *Чадаев, А.П.* Острый гнойный лактационный мастит / А.П. Чадаев, А.А. Зверев. – М. : Медицина. – 2003. – 126 с.

19. *Чернуха, Е.А.* Нормальный и патологический послеродовой период: руководство для врачей / Е.А. Чернуха. – М. : GEOTAR-Media. – 2006. – 272 с.

20. *Яглов, В.В.* Контрацепция после родов / В.В. Яглов // Consilium medicum. – 2010. – Т. 13. – №5. – С. 86–91.

21. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg/day or levonorgestrel 30 mcg/day / T. Korver [et al.] // Eur J Contracept Reprod Health Care – 1998. – №3. – P. 169–178.

22. *Anderson, J.E.* The World Fertility Survey and Contraceptive Prevalence Surveys: a comparison of substantive results. / J.E. Anderson, J.G. Cleland // Study Fam. Plann. – 1984. – №15(1). – P. 1–13.

23. *Benedek-Jaszmann, L.J.* Mastitis / L.J. Benedek-Jaszmann, V. Sternthal // Practitioner. – 1976. – Vol. 216. – P. 450.

24. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women / R.I. Bjarnadóttir [et al.] // Br J Obstet. Gynaecol. – 2001. – №108. – P. 1174–1180.

25. *Conde-Agudelo, A.* Maternal morbidity and



mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study / A. Conde-Agudelo, J.M. Belizan // BMJ – 2000. – №321. – P. 1255–1259.

26. Data on file Gfk group, 1200 mothers with babies up 3 y.o. Russia, 2011.

27. *Guaschino, S.* Infectious diseases of the breast / S. Guaschino, F. De Seta, E. Grimaldi // Mater. of First international congress on breast

development, functions and diseases. – 28–30 Sept. 2007, Italy.

28. *Petersen, E.E.* Infections in obstetrics and gynecology: textbook and atlas / E.E. Petersen. – New York : Thieme, 2006. – 260 p.

*Светлой памяти моего учителя  
профессора Бориса Львовича Гуртового*

## BREASTFEEDING - PROBLEMS AND SOLUTIONS

O.A. Pustotina

*Peoples' Friendship University of Russia.*

*Department of obstetrics and gynecology with a course in perinatology.*

**Abstract:** This article discusses statistics, clinical symptoms, pathogenesis, and modern methods of treating lactostasis and lactation mastitis. It compares different methods of contraception that can be used during breastfeeding. The article also demonstrates the results of a sociological study of the popularity of various methods of contraception among lactating women in the R.F.

**Keywords:** breastfeeding, lactostasis, mastitis, contraception for lactating women.