



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Воспалительные заболевания молочных желез (нелактационный мастит)

МКБ 10: N61, N64.0, P39.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 3 года)

Возрастная группа: Взрослые / дети

Профессиональные ассоциации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Утверждены

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
— _____ 202_ г.

Оглавление

Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	11
2.1 Жалобы и анамнез	11
2.2 Физикальное обследование	11
2.3 Лабораторные диагностические исследования	12
2.4 Инструментальная диагностика	14
2.5 Иные диагностические исследования	18
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	18
3.1 Консервативное лечение	18
3.2 Хирургическое лечение	21
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	22

<i>5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики</i>	23
<i>6. Организация оказания медицинской помощи</i>	23
<i>7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)</i>	23
<i>Критерии оценки качества медицинской помощи</i>	29
<i>Список литературы</i>	30
<i>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций</i>	36
<i>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций</i>	38
<i>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата</i>	40
<i>Приложение Б. Алгоритмы действий врача</i>	41
<i>Приложение В. Информация для пациента</i>	42

Список сокращений

МЖ	молочная железа
НЛМ	нелактационный мастит
ПДМ	перидуктальный мастит
ИГМ	идиопатический гранулематозный мастит
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦДК	цветовое доплеровское картирование
ЭК	эхоконтрастирование
МРТ	магнитно-резонансная томография
ЧСС	частота сердечных сокращений
АД	артериальное давление
ЗНО	злокачественное новообразование
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты

Термины и определения

Мастит — воспалительное заболевание молочной железы как инфекционной, так и неинфекционной этиологии [1], [2], [3].

Нелактационный мастит – воспалительное заболевание молочной железы, не связанное с послеродовым периодом и лактацией [1].

Идиопатический гранулематозный мастит – редкое доброкачественное воспалительное заболевание молочной железы неизвестной этиологии [1], [4], [5].

Абсцесс молочной железы - ограниченный воспалительный очаг в толще мягких тканей молочной железы, представляющий собой инкапсулированную гнойную полость [1], [3].

Субареолярный абсцесс – инкапсулированная гнойная полость в области ареолы молочной железы, осложнение перидуктального мастита [1].

Периареолярный свищ – патологический канал между воспалительным очагом и кожей молочной железы, осложнение мастита [1].

Туберкулезный мастит – внелегочная форма туберкулезной инфекции, поражающая ткань одной или обеих молочных желез [1]

Ареолит – воспаление околососковой области молочной железы [6].

Телит – воспаление соска молочной железы [6].

Интрадуктальный мастит (галактофорит) – внутрипротоковое воспаление молочной железы [1].

Перидуктальный мастит – воспалительное заболевание субареолярных протоков МЖ [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Мастит — воспалительное заболевание молочной железы как инфекционной, так и неинфекционной этиологии [1], [2], [3].

Нелактационный мастит – воспалительное заболевание молочной железы, не связанное с послеродовым периодом и лактацией [1].

Идиопатический гранулематозный мастит – редкое доброкачественное воспалительное заболевание молочной железы неизвестной этиологии [1], [4], [5].

Абсцесс молочной железы - ограниченный воспалительный очаг в толще мягких тканей молочной железы, представляющий собой инкапсулированную гнойную полость [1], [3].

Субареолярный абсцесс – инкапсулированная гнойная полость в области ареолы молочной железы, осложнение перидуктального мастита [1].

Периареолярный свищ – патологический канал между воспалительным очагом и кожей молочной железы, осложнение мастита [1].

Туберкулезный мастит – внелегочная форма туберкулезной инфекции, поражающая ткань одной или обеих молочных желез [1]

Ареолит – воспаление околососковой области молочной железы [6].

Телит – воспаление соска молочной железы [6].

Интрадуктальный мастит (галактофорит) – внутрипротоковое воспаление молочной железы [1].

Перидуктальный мастит – воспалительное заболевание субареолярных протоков МЖ [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Нелактационный мастит – это воспалительное заболевание, частой причиной которого является нарушение микробиоты на фоне повышенной секреторной активности железистого эпителия молочной железы [1], [2].

В патогенезе заболевания предполагается связь курения с повреждением

субареолярных протоков, некрозом тканей и последующим инфицированием [1]. Токсические вещества сигаретного дыма могут непосредственно повреждать протоки молочных желез или вызывать эффект гипоксии тканей [1]. К другим факторам, увеличивающим риск мастита, относятся инвагинация сосков, гиперпролактинемия, ожирение, сахарный диабет, позднее менархе [7], [8], [9], [10], [11], [12]. Обструкция млечного протока отслоившимися эпителиальными клетками и липидным секретом, а также плоскоклеточная метаплазия протокового эпителия под действием различных этиологических факторов являются хорошим субстратом для роста бактерий [13]. При этом, основными возбудителями являются *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* и анаэробные стрептококки [11].

Идиопатический гранулематозный мастит (идиопатический гранулематозно-дольковый мастит, ИГМ) – редкое доброкачественное воспалительное заболевание молочной железы неизвестной этиологии (неспецифический аутоиммунный воспалительный процесс) [1], [4], [5]. В настоящее время этиология и патогенез ИГМ полностью не изучены. Риск ГЛМ увеличивают дефицит альфа-1-антитрипсина, курение, лактостаз, травма молочной железы, гиперпролактинемия, аутоиммунные заболевания [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20]. Особенное значение в этиологии ГЛМ уделяется бактериальному фактору *Corynebacterium kroppenstedtii*, относящихся к роду грамположительных палочкообразных актинобактерий, которые составляют 1,1-58,9% микрофлоры абсцесса молочной железы у пациенток с ИГМ [21]. Предполагается, что первичное повреждение и нарушение функции клеток протокового эпителия, под действием тех или иных этиологических факторов, вызывает проникновение протокового секрета в дольки молочной железы. Этот переход вызывает местную воспалительную реакцию в соединительной ткани с миграцией макрофагов и лимфоцитов, а затем местную гранулематозную реакцию вокруг железистой дольки [20].

Туберкулезный мастит является внелегочной формой туберкулезной инфекции [1].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Мастит может возникнуть в любой группе пациентов, имеющих предрасполагающие факторы: секрет в протоках, кисты молочных желез, травматизация тканей, введение инородных масс (гель, филлер, липофилинг, имплант, контраст).

Нелактационный мастит встречается у 5-9% женщин, обычно возникает в возрасте

до 30 лет или в период менопаузы, но случаи мастита регистрируют в детском возрасте и у мужчин [22], [23].

Идиопатический гранулематозный мастит чаще всего встречается у молодых женщин (в течение 5 лет после беременности), однако может возникать у нерожавших женщин и мужчин [1], [24], [25]. ИГМ составляет 24% всех воспалительных заболеваний молочной железы [26].

Туберкулезный мастит встречается редко, даже в странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом легких. Чаще всего им страдают женщины репродуктивного возраста, в том числе кормящие грудью, случаи заболевания у мужчин чрезвычайно редки [1], [27], [28].

У 3-11% пациенток с маститом может возникнуть осложнение – абсцесс молочной железы [6], [29].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N61 – Воспалительные болезни молочной железы (мастит и абсцесс не послеродовой).

N64.0 – Трещина и свищ соска.

R39.0 – Неонатальный инфекционный мастит

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации мастита нет.

В Российской клинической практике наибольшее распространение нашла классификация, предложенная Б.Л. Гуртовым (1975 г.):

1. *По характеру воспалительного процесса*

а. Серозный (начинающийся) мастит.

б. Инфильтративный мастит.

в. Гнойный мастит:

Инфильтративно-гнойный:

- диффузный,
- узловой.

Абсцедирующий:

- фурункулез ареолы,
- абсцесс ареолы,
- абсцесс в толще железы,
- абсцесс позади железы (ретромаммарный).

Флегмонозный:

- гнойно-некротический.

Гангренозный.

2. *В зависимости от локализации очага воспаления*

подкожный, субареолярный, интрамаммарный, ретромаммарный и тотальный, когда поражаются все отделы молочной железы [30].

3. *По наличию возбудителя*

- инфекционный мастит
- неинфекционный мастит
- гранулематозный мастит (специфическое воспаление, продуктивное воспаление – реакция организма на бактерии, микоз или инородное тело)

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническими проявлениями мастита являются боль в молочной железе, гиперемия кожного покрова молочной железы, инвагинация соска, выделения из соска, наличие уплотнений, свищей, язв [1], [2], [3], [5], [6].

Основными жалобами пациенток репродуктивного возраста с маститом являются внезапно появившаяся болезненность в молочной железе с одной стороны, локальное уплотнение ткани МЖ (при воспалении кисты) или диффузное секторальное уплотнение ткани МЖ (при интрадуктальном воспалении), гиперемия кожного покрова [1], [2], [3], [5], [6].

В подростковом возрасте мастит чаще возникает на фоне кист, которые имеют поверхностное расположение в молочных железах и выход «карманообразного протока» на сосок или ареолу, что является фактором риска инфицирования на фоне изменения иммунного статуса при респираторных заболеваниях. Клиническими проявлениями процесса являются уплотнение ткани МЖ в области ареолы, гиперемия кожного покрова МЖ, иногда субфебрилитет [3].

В неонатальном периоде наиболее вероятными причинами мастита являются

попытки сцеживания молозива при физиологическом нагрубании МЖ, травматизации, нарушении целостности кожного покрова МЖ. Мастит неонатального периода проявляется уплотнением ткани МЖ под ареолярно-сосковым комплексом, гиперемией кожного покрова [2].

Клинической особенностью ПДМ является локализация образования в субареолярной области, формирование периареолярного абсцесса или свища. Клиническая картина изменчива. Острая стадия похожа на острый гнойный мастит с яркой гиперемией кожи, выраженным отёком и сильной болью в молочной железе, лихорадкой и ухудшением общего состояния (головная боль, слабость). В ряде случаев возможно формирование абсцесса в периареолярной области. В подострой стадии общие симптомы не наблюдаются, но остаются уплотнения в молочной железе и темно-красный цвет кожи. В хронической стадии остаётся уплотнение в молочной железе, прежде всего в области ареолы [31]. Течение заболевания длительное, рецидивирующее, с образованием свищей, которые трудно поддаются лечению [9], [11], [32].

При ИГМ обычно поражается одна молочная железа, причём заболевание может манифестировать в любом квадранте, за исключением субареолярной области. Примерно у 1/3 пациентов (28%) отмечается увеличение подмышечных лимфатических узлов, особенно в хронических случаях [33]. Описана манифестация заболевания с образования асептического абсцесса с/без формирования свищевого хода на кожу, который может быть как проявлением основного процесса, так и осложнением трепанобиопсии [32], [33], [34], [35], [36], [37]. В ряде случаев отёчная кожа приобретает вид апельсиновой корки, что затрудняет дифференциальную диагностику со злокачественными опухолями [38]. Примерно у 34% пациентов с ГЛМ наблюдаются экстрамаммарные проявления, которые обычно включают отек и боль в области суставов, а также узловатую эритему нижних конечностей [37], [39], [40].

Наиболее частой находкой при туберкулезном мастите является единичное болезненное нечетко очерченное с неправильной формой, иногда твердой консистенцией образование в молочной железе [1], [27], [28]. У 3% пациентов поражаются обе МЖ, поражение соска и ареолы бывает крайне редко. Характерными признаками туберкулезного мастита являются множественные полости, свищевые ходы, увеличенные подмышечные лимфоузлы. При бактериальном исследовании гнойного содержимого рост флоры отсутствует. При цитологическом исследовании отделяемого из МЖ возможно выявление клеток Пирогова-Лангханса. Хотя заболевание часто поражает кожу, МЖ обычно остаются подвижными на грудной стенке, если процесс не затрагивает нижележащие ребра. Кожа

МЖ при туберкулезном мастите может быть утолщена с образованием изъязвлений или полостей с гнойным отделяемым из язвы или из соска. На более поздних стадиях склероз может приводить к уменьшению размера МЖ. У большинства пациенток длительность симптомов может достигать нескольких лет. [1], [27], [28].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз мастита устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования и инструментально-лабораторных методов.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендовано первичное обследование всех пациенток с целью уточнения жалоб, сбора анамнеза и выявления предрасполагающих факторов возникновения воспалительного процесса в МЖ [29], [30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: При сборе анамнестических данных необходимо уточнять наличие респираторных симптомов, моментов переохлаждения, травматизации ткани МЖ. Важно уточнить возраст, наличие вредных привычек (курение). В семейном анамнезе важен факт наличия РМЖ у родственников 1-й линии). Необходимо уточнить вопрос о наличии хирургических вмешательств в области молочных желез, наличие аллергических реакций, вопрос о принимаемых лекарственных препаратах. Необходимо обращать внимание на симптом боли в МЖ (для мастита характерно резкое появление жалоб на болезненность и уплотнение в МЖ), локализацию, продолжительность и динамику болевых ощущений, наличие патологических выделений из сосков, их цвет. [1], [29], [30].

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение осмотра и пальпации молочных желез всем пациенткам с воспалительным заболеванием молочных желез с целью определения локализации, структуры и болезненности патологического участка в ткани молочных желез, а также аксиллярной зоны со стороны поражения [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности

доказательств – 5)

Комментарии: Для воспалительного заболевания молочной железы характерна болезненность и гиперемия кожи над участком уплотнения молочной железы, сопровождающаяся гипертермией и, редко, симптомами интоксикации [1].

Осмотр следует проводить в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми за голову руками. Оценивают симметричность и форму молочной железы, состояние сосков и кожного покрова. Пальпацию осуществляют в вертикальном положении пациентки, для получения дополнительной информации желательна и в горизонтальном положении на кушетке на спине и на боку. При пальпации определяют локализацию, размеры, контуры уплотнений, их поверхность и консистенцию, а также смещаемость и взаимоотношение с окружающими тканями. Пальпаторно исследуют всю молочную железу - вокруг соска и последовательно по квадрантам до субмаммарной складки. Проверяют наличие выделений из сосков и проводят пальпацию подмышечных лимфоузлов (при воспалительном процессе пальпация лимфоузлов болезненная).

В медицинской документации необходимо указывать расположение, размер и консистенцию выявленных новообразований и уплотнений, связь с кожей и окружающими тканями, расстояние от края ареолы, наличие изъязвлений, свищей, цвет, консистенцию и количество отделяемого из сосков.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано взятие мазка-отпечатка у пациенток с наличием выделений из соска молочных желез для проведения цитологического исследования и выявления элементов воспаления [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано проведение цитологического и микробиологического исследования с определением чувствительности к антибактериальным препаратам материала, полученного при выполнении лечебно-диагностической пункции ткани МЖ [1], [2], [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: При цитологическом исследовании мазка-отпечатка из соска МЖ, нанесенного на покрывное стекло, или при лечебно-диагностической пункции материал

изучают на клеточный состав, определяют элементы воспалительного процесса (нейтрофилы), а при микробиологическом посеве материала выявляют патогенные микроорганизмы и определяют их чувствительность к антибактериальным препаратам.

- Рекомендовано проведение микробиологического исследования отделяемого из молочных желез с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез и отсутствием эффекта от лечения антибактериальными препаратами [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: С учетом преобладания золотистого стафилококка как основной патогенной флоры при воспалении молочной железы, при первично выявленном воспалительном процессе бактериальное исследование может не проводиться. Отсутствие эффекта от антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия является показанием для проведения микробиологического исследования отделяемого из молочных желез с определением чувствительности к антибактериальным препаратам с целью коррекции лечения [1], [2]. При микробиологическом исследовании патогенные или потенциально-патогенные микроорганизмы выявляют в 62-85% [1], [41]. Наиболее распространенными микроорганизмами являются стафилококки, энтерококки, анаэробные стрептококки, бактероиды и протей [1].

- Рекомендовано при рецидивирующем воспалительном процессе проведение микроскопического исследования, анализа на кислотоустойчивые бактерии и микробиологического исследования биоптата образования с целью определения этиологического агента при идиопатическом гранулематозном мастите и туберкулезном мастите [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: В процессе динамического наблюдения при отсутствии положительного эффекта от противовоспалительной терапии в течение 7-10 дней показано исключение онкологического процесса (проведение трепанбиопсии), а также проведение бактериального исследования секрета МЖ для уточнения чувствительности к антибактериальным препаратам и исключения специфических процессов. Микробиологическая лаборатория должна быть проинформирована о возможной связи

клинических проявлений ИГМ с коринебактериями. По результатам исследования необходимо исключать туберкулез, саркоидоз, грибковые заболевания, гистоплазмоз, гранулематоз с полиангиитом, рак молочной железы и инородное тело, которые могут вызывать гранулематозный мастит [1]. Для выявления туберкулеза недостаточно гнойного содержимого или отделяемого из дренажа, так как микобактерии в этих образцах трудно культивировать. Гистологическое выявление гранулематозного поражения с гигантскими клетками Лангханса указывает на туберкулез, но не подтверждает диагноз. Для подтверждения туберкулезной этиологии мастита один или два образца ткани МЖ и/или подмышечной впадины следует отправить на анализ на кислотоустойчивые бактерии и микробиологическое исследование.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез пациентам с воспалительными заболеваниями МЖ [1].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Основным методом диагностики и подтверждения наличия воспалительного процесса в молочных железах является ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез [1]. УЗИ при первичном обращении проводится для выявления или исключения абсцессов и определения объемов патологического очага. При повторных исследованиях у пациенток с положительным эффектом от лечения проводится УЗ-контроль, при отсутствии положительной динамики пациентка должна быть направлена на маммографическое исследование для исключения признаков злокачественного процесса (микрокальцинатов).

Ультразвуковые признаки острого мастита:

- увеличение толщины кожного покрова (как правило, превышает толщину кожи других отделов исследуемой МЖ и симметричного участка контралатеральной МЖ);
- усиление эхогенности подкожной жировой клетчатки (если очаг воспаления находится близко к коже);
- гиперэхогенные изменения в зоне воспаления или вокруг очага воспаления (за счет лимфоидной инфильтрации тканей);
- наличие участков пониженной эхогенности (гипоэхогенные и анэхогенные), свидетельствующих о нарушениях структуры паренхимы МЖ, одного или нескольких,

отграниченных или без четких контуров;

- неоднородное содержимое кисты при наличии воспаления кистозного образования;
- дилатация млечных протоков в зоне воспаления;
- усиление кровотока в зоне отека на режиме ЦДК;
- увеличение подмышечных ЛУ.

Ультразвуковые признаки абсцесса МЖ:

- образование пониженной эхогенности;
- округлой или неправильной формы;
- с четкими ровными контурами;
- неоднородной структуры;
- аваскулярное в режимах ЦДК, ЭК;
- болезненное при компрессии датчиком;
- вокруг абсцесса могут определяться участки инфильтрации, снижения дифференцировки структур паренхимы, увеличения количества сосудов и их диаметра;
- увеличение регионарных ЛУ [42].

По результатам УЗИ очаги поражения при ПДМ и ИГМ имеют неправильную форму [31]. При ПДМ может наблюдаться типичное расширение протоков, диаметр протоков при этом может превышать 3 мм, а внутри них в ряде случаев диагностируются гипер- или гипоехогенные включения [43]. При ИГМ обычно визуализируются гипоехогенные (чаще множественные) образования молочной железы на фоне отека паренхимы и дуктэктазии; в ряде случаев может диагностироваться подмышечная лимфаденопатия [44], [45], [46], [47], [48].

Туберкулезный мастит проявляется в виде единичных или множественных медленно увеличивающихся в размерах образований с четкими границами, имитирующих фибroadеному на ранних стадиях и карциному на поздних стадиях заболевания [27], [28], [49].

При динамическом наблюдении за больными с острым маститом на фоне противовоспалительной и антибактериальной терапии в качестве критериев положительной динамики могут быть использованы следующие ультразвуковые симптомы:

- нормализация толщины кожи;
- нормализация архитектоники тканей МЖ (уменьшение количества структур пониженной эхогенности и анэхогенных);
- нормализация четкости дифференцировки структур МЖ;

- уменьшение количества визуализируемых сосудов в зоне воспаления;
- исчезновение ранее увеличенных ЛУ [42].

- Рекомендовано проведение маммографии молочных желез у пациенток с отсутствием положительного эффекта от проводимого противовоспалительного лечения с целью исключения злокачественного процесса МЖ (при наличии показаний и условий в качестве вспомогательного метода диагностики) [1].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Маммография не является основным методом диагностики воспалительных заболеваний МЖ, однако позволяет уточнить архитектуру и тканевой состав образования МЖ при такой необходимости [29]. Для постановки диагноза мастита проведения простой маммографии обычно не требуется в связи с яркими клиническими проявлениями заболевания. Проведение маммографии у молодых пациенток с маститом резко болезненно, кроме того, информативная ценность данного метода снижается из-за повышенной маммографической плотности у молодых женщин [1]. Однако, проведение двуэнергетической контрастной спектральной маммографии (CESM) позволяет увидеть усиление кровотока в секторе или по контуру воспалившейся кисты МЖ. ИГМ на маммограммах чаще всего проявляется в виде очаговой асимметрии, утолщения кожи и подмышечной лимфаденопатии, что затрудняет дифференциальную диагностику с ЗНО [5], [43], [44], [45], [46], [48].

- Рекомендовано проведение МРТ с контрастированием при необходимости дифференциальной диагностики нелактационного мастита со злокачественным новообразованием молочных желез [48], [50], [51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Неспецифический инфекционный мастит чаще характеризуется региональным и диффузным характером контрастирования. При МРТ могут визуализироваться сливающиеся микроабсцессы, которые характеризуются повышенным сигналом на T2-ВИ с периферическим накоплением контрастного вещества [52]. Наиболее частым проявлением ИГМ является гетерогенный или кольцевидный характер накопления парамагнетика образованием, которое может сочетаться с контрастированием, не имеющим

вид узла (сегментарным или регионарным). В 30–80 % встречается только неузловой характер накопления парамагнетика – чаще сегментарного типа, реже регионального, крайне редко – диффузное [53], [54], [55]. Дополнительными симптомами злокачественного новообразования являются увеличение лимфатических узлов, утолщение соска и кожи [54].

- Рекомендовано проведение тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ при отсутствии выделений из соска или наличии жидкостного образования с целью морфологического подтверждения диагноза у пациенток с нелактационным маститом [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Диагноз мастит устанавливается по результатам клинического обследования, данным ультразвукового исследования и при проведении тонкоигольной биопсии с последующим цитологическим исследованием у пациенток при наличии жидкостного образования МЖ. Для постановки диагноза туберкулезного мастита необходима пункционная биопсия как первичного очага в МЖ, так и аномальных подмышечных лимфатических узлов [1]. Местом прокола при тонкоигольной биопсии является кожа над образованием или очагом уплотнения. Прокол не осуществляется через ареолу или сосок.

- Рекомендовано проведение трепанбиопсии под контролем УЗИ при отсутствии выделений из соска, отсутствии жидкостного, но наличии плотного (солидного) образования МЖ с целью верификации диагноза и исключения злокачественного новообразования [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Гистологическая картина ПДМ характеризуется расширением крупных протоков неправильной формы с перидуктальным фиброзом и перидуктальной лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрацией различной степени выраженности, наличием пенистых макрофагов в просвете расширенных протоков и внутри выстилающего протокового эпителия, наличием нейтрофильной инфильтрации при обострении воспалительного процесса, облитерацией протоков и замещением склерозированной тканью (“mastitis obliterans”) [56], [57].

Гистологическими особенностями ИГМ являются некротизирующий хронический

гранулематозный лобулит и образование абсцессов [58], [59]. Характерные гистопатологические особенности включают: фибросклероз стромы молочной железы с замещением жировой ткани и выраженной периваскулярной, интра- и перилобарной инфильтрацией лимфоцитами, дольковую гипотрофию, эпителиоидные гранулёмы без казеозного некроза. Возможен также кальциноз сосудов, жировой некроз [38]. Характерной морфологической чертой ИГМ является пролиферация эпителиоидных фибробластов.

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендовано выявлять эпидемиологический риск заболевания у пациенток с поражением молочных желез при отсутствии эффекта от лечения антибактериальными препаратами, особенно при наличии полостей или свищевых ходов в ткани МЖ, с целью диагностики специфического мастита [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано проведение антибактериальной терапии у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез [1], [41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Лечение следует подбирать с учетом объема воспалительного процесса, длительности заболевания, возраста пациентки и результатов микробиологического исследования отделяемого из МЖ (при наличии). В неонатальном периоде рекомендовано применение местной антибактериальной терапии, при отсутствии эффекта – системной антибактериальной терапии. У подростков с воспалительным процессом на фоне кисты МЖ лечение включает санацию очага воспаления, местную антибактериальную терапию и НПВС, при отсутствии эффекта – системную антибактериальную терапию. В репродуктивном возрасте лечение включает санацию очага воспаления с промыванием полости антисептическими растворами (хлоргексидина водный

раствор 0,5% + раствор NaCl 0,9% в соотношении 1:10), местную и системную антибактериальную терапию, НПВС. При наличии густого гнойного отделяемого возможности введение в полость гнойного очага протеолитического фермента (#химотрипсин) с повторной пункцией через 24-48 часов. При отсутствии эффекта от проводимого лечения через 7 дней проводится дополнительная диагностика для исключения онкологического процесса (маммография с контрастированием и трепанбиопсия), а также направление отделяемого на микробиологическое исследование для коррекции антибактериальной терапии.

Эмпирическая антибактериальная терапия мастита: амоксициллина клавуланат 875+125 мг каждые 12 часов внутрь [1]. Альтернативная схемы лечения: амоксициллин 500 мг каждые 6 часов внутрь + метронидазол 500 мг каждые 8 часов внутрь (при подозрении на анаэробную инфекцию) [1]. При высоком риске инфекции, вызванной метициллинрезистентным золотистым стафилококком (MRSA), рекомендован прием триметоприма сульфаметоксазола 480 мг каждые 12 часов внутрь или доксицилина 100 мг каждые 12 часов внутрь. При аллергической реакции на бета-лактамы антибактериальные препараты альтернативным препаратом является клиндамицин 300 мг каждые 8 часов внутрь [1]. С учетом чувствительности этиологического агента по результатам микробиологического исследования возможно назначения препаратов следующих групп: пенициллины, цефалоспорины, макролиды, азалиды, фторхинолоны, противопротозойные, антимикробные, линкозамиды [1], [2], [3].

- Не рекомендовано рутинное применение антибактериальной терапии для лечения специфического мастита (туберкулез, паразитарные кисты) [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована антибактериальная терапия у пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом, осложненным вторичной инфекцией и абсцессом [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Лечение антибактериальными препаратами и дренирование абсцесса приводит к разрешению осложнений. Выбор антибактериального препарата проводится в соответствии с данными микробиологического исследования содержимого абсцесса/отделяемого из МЖ [1]. При определении *Corynebacterium* в виде монокультуры

как этиологического фактора возникновения ИГМ, оптимальный подход к лечению на сегодняшний день остается неопределенным из-за многочисленности видов *Corynebacterium* и отсутствия предсказуемых моделей восприимчивости. В таких случаях рекомендована схема: доксицилин 100 мг каждые 12 часов внутрь, при отсутствии эффекта – линезолид 600 мг каждые 12 часов внутрь, кларитромицин 250-1000 мг каждые 12 часов внутрь, рифампицин 300 мг 2 раза в день внутрь в течение 6-9 месяцев [26], [60], [61].

- Рекомендован прием стероидных препаратов для лечения идиопатического гранулематозного мастита у пациентов с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонними поражениями, значительным изъязвлением кожи, свищами [1], [62], [63], [64], [65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Схема лечения подбирается индивидуально в зависимости от клинических проявлений. Применяют преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут [4], [25], [62], [64], [66], [67]. Дозу преднизолона снижают после устранения эритемы и боли (обычно через 4 недели) постепенно в течение 8-12 дней. При возникновении обострения у пациентов, принимающих стероиды, к лечению добавляют метотрексат 10-15 мг/неделю. Возможно использование преднизолона местно в виде мази 5 дней в неделю в течение 2–10 месяцев [33]. При обострении у пациентов, принимающих преднизолон и метотрексат, увеличивают дозу метотрексата на 2,5-5 мг каждые несколько недель. После достижения ремиссии дозу метотрексата снижают ежемесячно в течение 12 месяцев [68].

- Рекомендовано для уменьшения проявлений воспаления и купирования боли применение НПВС [1], [29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) могут уменьшить отек и воспаление и обеспечить симптоматическое облегчение, а ацетаминофен/парацетамол может снизить боль [1].

- Рекомендовано пациентам с подтвержденным туберкулезным маститом проводить лечение туберкулеза [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Пациенту с туберкулезным маститом проводят лечение под контролем фтизиатра в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению туберкулеза [1].

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендовано проведение хирургического лечения у пациенток с осложнениями мастита - субареолярным абсцессом или перiareолярным свищом при невозможности консервативного лечения [1], [31], [56].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Лечение абсцесса возможно методом санации при тонкоигольной биопсии под контролем УЗИ, что позволяет сохранить архитектонику тканей МЖ и естественные анатомические барьеры, не деформирует форму МЖ, а также позволяет сохранить функциональную способность МЖ при последующей лактации. Пункция абсцесса молочной железы с эвакуацией содержимого на фоне антибактериальной терапии приводит к выздоровлению подавляющего числа (81%) пациентов [69]. При необходимости дренирования абсцесса рекомендована установка выпускника на недлительные сроки (не более 2-х суток). Хирургическое вмешательство (разрез) может приводить к рецидивам воспалительного процесса в ткани МЖ за счет нарушения архитектоники протоков. В случае отсутствия эффекта от малоинвазивных методов лечения или рецидива заболевания показано хирургическое вмешательство – резекция молочной железы. Операцию необходимо выполнять при купировании симптомов острого воспаления. Принцип операции сводится к тщательному удалению всех видимых невооруженным глазом пораженных тканей и обеспечению максимально возможного «чистого» края, чтобы свести к минимуму вероятность рецидива заболевания [7], [8], [9], [56].

При рецидивах воспалительного процесса у пациенток с кистами или свищевыми ходами в МЖ консервативное лечение дополняют применением протеолитических ферментов (#химотрипсин), при отсутствии эффекта от лечения хирургические методики включают вскрытие свища или иссечение свищевого хода, обычно в сочетании с полным иссечением протока [1]. При поражении нескольких протоков с множественными свищами для излечения следует удалить все пораженные протоки [1].

- Не рекомендовано пациентам с идиопатическим гранулематозным маститом рутинное проведение хирургического лечения [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Хирургическое удаление образований при идиопатическом гранулематозном мастите сопровождается медленным заживлением ран. У пациентов с проведенным хирургическим лечением и без него, частота рецидивов ИГМ сопоставима. Лечебно-диагностическая пункция показана для лечения осложнений (вторичная инфекция, абсцесс) ИГМ [1].

- Рекомендовано пациентам с идиопатическим гранулематозным маститом хирургическое вмешательство при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при рецидивирующем течении, при наличии абсцессов, свищей и язв [50], [65].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Обширная резекция молочной железы с максимальным удалением пораженных тканей и достижением чистых краёв позволяет значительно снизить риск заболевания [65], [70]. Комбинация хирургического лечения с глюкокортикоидами позволяет значительно снизить риск рецидива заболевания [71]

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендуется консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации после лечения острого воспалительного заболевания МЖ при отсутствии противопоказаний к лечению физическими факторами [29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- С целью профилактики перидуктального мастита рекомендован отказ от курения [1].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Организация оказания медицинской помощи

- Показания для плановой госпитализации: нет.
- Возможно лечение в амбулаторных условиях.
- Показания для экстренной госпитализации:
 - отсутствие положительной динамики в течение 24 часов амбулаторного лечения;
 - гнойные формы мастита.
- Показания к выписке пациентки из стационара:
 - регресс клинических симптомов;
 - регресс ультразвуковых симптомов;
 - отсутствие осложнений.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Нелактационный мастит у детей до 2 месяцев.

На первом году жизни мастит чаще встречается у детей в возрасте до 2 месяцев [2, 72]. В течение первых 2 недель жизни мастит возникает с одинаковой частотой у девочек и мальчиков, в дальнейшем это соотношение составляет 2:1 [2]. Большинство случаев мастита и абсцесса молочной железы у младенцев вызываются золотистым стафилококком [2], [73], [74]. Менее распространенные причины включают грамотрицательные кишечные микроорганизмы (кишечную палочку, сальмонеллу), анаэробы и стрептококки группы В (*Streptococcus agalactiae*) [2], [73].

Патогенез детского мастита включает распространение патогенных бактерий с кожи и/или слизистых оболочек в паренхиму молочной железы через сосок [2]. У младенцев с

системной инфекцией (обычно грамотрицательной) бактерии также могут проникать в МЖ гематогенным путем. К предрасполагающим факторам относятся стимуляция молочных желез плацентарными и материнскими гормонами (эстрогенами), которые приводят к физиологической гипертрофии молочных желез у доношенных детей, а также инфекции кожи или мягких тканей матери в послеродовом периоде [2]. Считается, что риск мастита может увеличиваться при проведении массажа грудной клетки и МЖ [75]. Высказывается предположение что у недоношенных детей недостаточно развиты молочные железы, вследствие чего они менее подвержены развитию инфекции [2].

Мастит у младенцев обычно носит односторонний характер и остается локализованным [2], [73]. Характерными признаками мастита у младенцев являются эритема, болезненность и уплотнение пораженной МЖ [2]. Иногда присоединяются сопутствующие поражения кожи (пустулы, буллы), увеличиваются и становятся болезненными подмышечные лимфатические узлы [2], [75], [76]. Гнойные выделения из сосков встречаются у 20% детей, а более, чем у половины младенцев с маститом развиваются абсцессы, на которые может указывать флюктуация [2], [73], [76]. Обычно мастит у детей до 2 месяцев протекает без осложнений, но в литературе описаны случаи мастита, осложненного обширным целлюлитом, некротизирующим фасциитом и остеомиелитом [2], [77]. УЗИ молочных желез не является обязательным для постановки диагноза, но может подтвердить диагноз мастита или абсцесса МЖ при необходимости уточнения диагноза [78], [79].

Дифференциальный диагноз мастита у младенцев проводят с физиологическим нагрубанием (физиологической гипертрофией) молочных желез, при которой гипертрофия МЖ обычно двухсторонняя и симметричная, отсутствует эритема, боль в МЖ, выделения из сосков (при их наличии) молочного цвета (а не гнойные как при мастите) и не содержат полиморфноядерных лейкоцитов или бактерий при окрашивании по Граму [2]. Редкой патологией, имеющей сходство с маститом и абсцессом МЖ являются инфантильные гемангиомы и лимфангиомы, требующие консультации сосудистого хирурга.

- Рекомендовано младенцам в возрасте до 2 месяцев с маститом проведение общего клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: У младенцев с маститом и клинико-лабораторными данными острого воспалительного процесса показан ежедневный контроль за общим состоянием и,

по необходимости, расширенное клинико-лабораторное обследование [2].

- Рекомендовано младенцам в возрасте до 2 месяцев с маститом проведение микроскопического исследования с окраской по Граму и микробиологического исследования (посев) отделяемого из МЖ или образца жидкости из абсцесса МЖ (при наличии показаний и условий) [2], [73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Первоначальной терапией мастита у младенцев является назначение местных форм антибактериальных препаратов, при отсутствии эффекта от лечения назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия. Микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование (посев) отделяемого из МЖ или образца жидкости из абсцесса МЖ с определением чувствительности к антибактериальным препаратам производится при отсутствии положительного эффекта от лечения.

При наличии полости размером более 1 см в диаметре проводится тонкоигольная биопсия с целью санирования гнойного содержимого, при меньшем размере полости возможно динамическое наблюдение на фоне противовоспалительного лечения. [2], [73], [80].

- Рекомендовано младенцам в возрасте до 2 месяцев с маститом проведение лечения антибактериальными препаратами [2].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При лечении мастита у детей в возрасте до 2 месяцев показано местное использование антибактериальных средств на МЖ, исключение сцеживания жидкости из соска. При абсцессе МЖ проводится аспирация содержимого образования [2], [80]. Любые хирургические манипуляции на МЖ у детей и подростков проводятся только при острой необходимости после использования консервативной и малоинвазивных хирургических методик из-за потенциальной угрозы гипоплазии МЖ в период полового созревания или образования деформирующих рубцов [2].

Детям в возрасте до 2 месяцев с маститом антибактериальная терапия проводится с применением местных форм препаратов, а при отсутствии эффекта от лечения – подбирается системный антибактериальный препарат в соответствии с результатами

посева.

При наличии септических проявлений лечение должно охватывать метициллинрезистентный (MRSA) и чувствительный к метициллину золотистый стафилококк, и грамотрицательные микроорганизмы: применяется ванкомицин / клиндамицин + оксациллин + гентамицин / цефотаксим / цефтазидим / цефтриаксон. При выявлении грамотрицательных микроорганизмов эмпирическая терапия должна включать аминогликозиды (гентамицин, амикацин) или цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефтазидим, цефотаксим) [2].

Нелактационный мастит у детей старше 2 месяцев и подростков.

Нелактационный мастит у детей после 2 месяцев жизни возникает чаще в пре- и пубертатном периоде (после 8 лет) [3]. У детей и подростков мастит чаще всего вызывается золотистым стафилококком, но также может быть вызван энтерококком, *Streptococcus ruogenes* (стрептококк группы А), анаэробными стрептококками, синегнойной палочкой, *Streptococcus agalactiae* (стрептококк группы В) и видами *Bacteroides* [3]. У пациенток с пирсингом сосков может быть выявлен актиномикоз [81].

Мастит у детей старше 2 лет и подростков возникает в результате проникновения бактерий в протоковую систему, что более вероятно в период полового созревания или в течение нескольких месяцев после менархе, когда изменения и рост молочных желез достигают пика [3], [82]. Факторы, предрасполагающие к инфицированию МЖ у детей и подростков вне лактации включают поверхностные повреждения груди и МЖ (например, из-за манипуляций с грудью во время половой жизни, бритья или выщипывания периареолярных волос, выщипывания угревых высыпаний на груди, пирсинга сосков, укусов насекомых), ожирение, эктазию молочного протока, гнойный гидраденит, местную кожную инфекцию и эпидермоидные кисты [3], [80]. Периферический мастит может быть связан с сахарным диабетом, ревматоидным артритом, терапией глюкокортикоидами, гранулематозной болезнью и тупой травмой [3].

Клинически мастит у детей и подростков проявляется эритемой, отеком, ощущением жара, болезненностью и уплотнением в центральной и периферической части МЖ [3], [80]. На абсцесс МЖ указывает флюктуация, гнойные выделения из сосков.

- Рекомендовано детям и подросткам с осложненным течением мастита проведение общего клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой (по клиническим показаниям) [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендовано детям и подросткам с осложненным течением мастита проведение цитологического, микроскопического исследования с окраской по Граму и микробиологического исследования (посев) отделяемого из МЖ или образца жидкости из абсцесса МЖ (по клиническим показаниям) [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: На цитологическое исследование направляют выделения из сосков или содержимое абсцесса МЖ. При цитологическом исследовании выявляются преимущественно нейтрофилы. Оценка мазка с окраской по Граму и посева отделяемого из МЖ помогает выявить возбудителя и определить чувствительность к антибактериальным препаратам, однако это исследование показано только при неэффективности назначенного лечения [3].

- Рекомендовано детям и подросткам с подозрением на мастит проведение УЗИ молочных желез с целью визуализации абсцесса МЖ [3], [83].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: УЗИ является основным методом подтверждения воспалительного процесса и необходимым для диагностики абсцесса МЖ. УЗ-признаки абсцесса МЖ – наличие анэхогенных структур с утолщенной капсулой и признаками отека окружающих тканей [83].

Дифференциальный диагноз мастита у детей и подростков проводится с ювенильной кистой, подростковым папилломатозом и изолированным преждевременным телархе или просто с телархе (естественным и своевременным началом роста молочной железы) [3], [80].

Антимикробная терапия проводится антибиотиками широкого спектра действия. У детей и подростков с маститом и абсцессом после лечебно-диагностической пункции возможно назначение только местных антибактериальных средств. Курс лечения составляет 5-10 дней. Ответом на терапию является клиническое улучшение в течение 24-48 часов после начала антибактериальной терапии. Отсутствие ответа на лечение может указывать на резистентный патоген, недостаточную концентрацию антибактериального

препарата, абсцесс (остаточный, рецидивирующий или новый) или неправильный прогноз. Большинство пациенток с маститом или абсцессом выздоравливают без осложнений [3].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
1	Выполнены осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
2	Выполнено УЗИ молочных желез (с заключением по классификации BI-RADS)	Да/Нет
3	Выполнено микробиологическое исследование отделяемого из молочных желез с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с маститом (при наличии показаний)	Да/Нет
4	Выполнена пункционная биопсия образования с последующим цитологическим исследованием при мастите	Да/Нет
5	Проведена антибактериальная терапия у пациентов с маститом	Да/Нет
6	Проведена антибактериальная терапия у пациентов с маститом, осложненным вторичной инфекцией и абсцессом	Да/Нет
7	Проведена терапия глюкокортикоидами у пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом (при наличии показаний)	Да/Нет
8	Достигнут положительный клинический эффект (отсутствие боли в МЖ, отсутствие гиперемии кожи над очагом, отсутствие плотности в тканях молочной железы, удовлетворительное общее самочувствие) в результате проведенного лечения	Да/Нет
9	При отсутствии эффекта от проведенной терапии направлена на консультацию к врачу-онкологу для исключения ЗНО	Да/Нет
10	Направлена на консультацию к врачу-хирургу для обследования и лечения при осложненных формах (наличие абсцесса, свищей, изъязвлений) и рецидивирующем течении нелактационного мастита	Да/Нет
11	Направлена на консультацию к врачу-фтизиатру для обследования и лечения при туберкулезном мастите	Да/Нет

Список литературы

- [1] – J Michael Dixon, Kenneth M Pariser Nonlactational mastitis in adults (2024) In: Anees B Chagpar (Ed), UpToDate Available at the link: <https://pro.uptodatefree.ir/show/794>
- [2] – Nirupama K De Silva, Régine Fortunov Mastitis and breast abscess in infants younger than two months (2024) In: Sheldon L Kaplan (Ed), UpToDate Available at the link: <https://www.uptodate.com/contents/mastitis-and-breast-abscess-in-infants-younger-than-two-months#H24>
- [3] – Chantay Banikarim, Nirupama K De Silva Mastitis and breast abscess in children and adolescents (2024) In: Sheldon L Kaplan (Ed), UpToDate Available at the link: https://www.uptodate.com/contents/mastitis-and-breast-abscess-in-children-and-adolescents?search=mastitis%20and%20breast%20abscess&source=search_result&selectedTitle=3%7E75&usage_type=default&display_rank=3
- [4] – Néel A, Hello M, Cottureau A, et al. Long-term outcome in idiopathic granulomatous mastitis: a western multicentre study. *QJM* 2013; 106:433.
- [5] – Barreto DS, Sedgwick EL, Nagi CS, Benveniste AP. Granulomatous mastitis: etiology, imaging, pathology, treatment, and clinical findings. *Breast Cancer Res Treat* 2018; 171:527.
- [6] – Mastitis Prevention and Treatment. Guideline. National Women’s Health. Auckland District Health Board. Available at the link: <https://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womens-health/Documents/Policies-and-guidelines/Mastitis-Prevention-and-Treatment-.pdf>
- [7] – Li S, Grant CS, Degnim A, et al. Surgical management of recurrent subareolar breast abscesses: Mayo Clinic experience. *Am J Surg* 2006;192:528-9.
- [8] - Ming J, Meng G, Yuan Q, et al. Clinical characteristics and surgical modality of plasma cell mastitis: analysis of 91 cases. *Am Surg* 2013;79:54-60.
- [9] – Zhang Y, Zhou Y, Mao F, et al. Clinical characteristics, classification and surgical treatment of periductal mastitis. *J Thorac Dis* 2018;10:2420-7.
- [10] – Radojković D, Antić S, Pesić M, et al. Significance of hyperprolactinemia for cytomorphic features of breast secretions. *Vojnosanit Pregl* 2010;67:42-7.
- [11] – Liu L, Zhou F, Wang P, et al. Periductal Mastitis: An Inflammatory Disease Related to Bacterial Infection and Consequent Immune Responses? *Mediators Inflamm* 2017;2017:5309081.
- [12] – Gollapalli, V.; Liao, J.; Dudakovic, A.; Sugg, S.L.; Scott-Conner, C.E.; Weigel, R.J. Risk factors for development and recurrence of primary breast abscesses. *J. Am. Coll. Surg.* 2010,

211, 41–48.

[13] – Beechey-Newman N, Kothari A, Kulkarni D, et al. Treatment of mammary duct fistula by fistulectomy and saucerization. *World J Surg* 2006;30:63-8.

[14] – Altintoprak, F.; Kivilcim, T.; Ozkan, O.V. Aetiology of idiopathic granulomatous mastitis. *World J. Clin. Cases* 2014, 2, 852–858.

[15] – Uysal E, Soran A, Sezgin E, et al. Factors related to recurrence of idiopathic granulomatous mastitis: what do we learn from a multicentre study? *ANZ J Surg* 2018;88:635-9.

[16] – Deng Y, Xiong Y, Ning P, et al. A case management model for patients with granulomatous mastitis: a prospective study. *BMC Womens Health* 2022;22:143.

[17] – Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: a 25-year experience. *J Am Coll Surg* 2008;206:269-73.

[18] – Bouton ME, Winton LM, Gandhi SG, et al. Temporal resolution of idiopathic granulomatous mastitis with resumption of bromocriptine therapy for prolactinoma. *Int J Surg Case Rep* 2015;10:8-11.

[19] – Nakamura T, Yoshioka K, Miyashita T, et al. Granulomatous mastitis complicated by arthralgia and erythema nodosum successfully treated with prednisolone and methotrexate. *Intern Med* 2012;51:2957-60

[20] – Altintoprak F, Karakece E, Kivilcim T, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: an autoimmune disease? *ScientificWorldJournal* 2013;2013:148727.

[21] – Yu HJ, Deng H, Ma J, et al. Clinical metagenomic analysis of bacterial communities in breast abscesses of granulomatous mastitis. *Int J Infect Dis* 2016;53:30-3.

[22] – Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N: Breast Infection: a review of diagnosis and management practices. *Eur J Breast Health* 2018; 14:136–43.

[23] – McHoney M, Munro F, Mackinlay G. Mammary duct ectasia in children: report of a short series and review of the literature. *Early Hum Dev* 2011;87:527-30

[24] – Nguyen MH, Molland JG, Kennedy S, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: case series and clinical review. *Intern Med J* 2021; 51:1791.

[25] – Pandey TS, Mackinnon JC, Bressler L, et al. Idiopathic granulomatous mastitis--a prospective study of 49 women and treatment outcomes with steroid therapy. *Breast J* 2014; 20:258.

[26] – Bi J, Li Z, Lin X, et al. Etiology of granulomatous lobular mastitis based on metagenomic next-generation sequencing. *Int J Infect Dis* 2021;113:243-50.

[27] – Marinopoulos S, Lourantou D, Gatzionis T, et al. Breast tuberculosis: Diagnosis, management and treatment. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3:548.

- [28] – Farrokh D, Alamdaran A, Feyzi Laeen A, et al. Tuberculous mastitis: A review of 32 cases. *Int J Infect Dis* 2019; 87:135.
- [29] – Katarina B. Mitchell et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022
- [30] – Гусейнов А.З., Истомин Д.А., Гусейнов Т.А. Основы маммологии: монография. Санкт-Петербург–Тула: Издательство ТулГУ, 2014, 258 с.
- [31] – Jiao Y, Chang K, Jiang Y, Zhang J. Identification of periductal mastitis and granulomatous lobular mastitis: a literature review. *Ann Transl Med.* 2023 Feb 15;11(3):158.]
- [32] – Zhou F, Liu L, Wang F, Yu L, Xiang Y, Zheng C, Huang S, Yang Z, Yu Z. Periductal Mastitis, a Disease with Distinct Clinicopathological Features from Granulomatous Lobular Mastitis. *J Inflamm Res.* 2024 Jun 14;17:3815-3823.
- [33] – Coombe RF, Hamed H. An update on granulomatous mastitis: a rare and complex condition. *Br J Hosp Med (Lond)* 2021;82:1-7.
- [34] – Yaprak Bayrak B, Cam I, Eruyar AT, et al. Clinicopathological evaluation of idiopathic granulomatous mastitis patients: A retrospective analysis from a tertiary care hospital in Turkey. *Ann Diagn Pathol* 2021;55:151812
- [35] – Pala EE, Ekmekci S, Kilic M, et al. Granulomatous Mastitis: A Clinical and Diagnostic Dilemma. *Turk Patoloji Derg* 2022;38:40-5.
- [36] – Steuer AB, Stern MJ, Cobos G, et al. Clinical Characteristics and Medical Management of Idiopathic Granulomatous Mastitis. *JAMA Dermatol* 2020;156:460-4.
- [37] – Atak T, Sagiroglu J, Eren T, et al. Strategies to treat idiopathic granulomatous mastitis: retrospective analysis of Yin Y, Liu X, Meng Q, et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis: Etiology, Clinical Manifestation, Diagnosis and Treatment. *J Invest Surg* 2022;35:709-20.
- [38] – Baslaim MM, Khayat HA, Al-Amoudi SA. Idiopathic granulomatous mastitis: a heterogeneous disease with variable clinical presentation. *World J Surg* 2007;31:1677-81.]
- [39] – Martinez-Ramos D, Simon-Monterde L, Suelves-Piqueres C, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: A systematic review of 3060 patients. *Breast J* 2019;25:1245-50.
- [40] – Sheybani F, Naderi HR, Gharib M, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: Long-discussed but yet-to-be-known. *Autoimmunity* 2016;49:236-9.
- [41] – Weaver SR, Hernandez LL. Autocrine-paracrine regulation of the mammary gland. *J Dairy Sci* 2016;99:842–853.
- [42] – Сенча, Александр Николаевич. Ультразвуковое исследование молочных желез. Атлас / А.Н.Сенча, Ю.В.Бикеев. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 296 с. : ил. ISBN 978-5-00030-986-5.

- [43] – Ferron S, Asad-Syed M, Boisserie-Lacroix M, et al. Imaging benign inflammatory syndromes. *Diagn Interv Imaging* 2012;93:85-94.
- [44] – Yin Y, Liu X, Meng Q, et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis: Etiology, Clinical Manifestation, Diagnosis and Treatment. *J Invest Surg* 2022;35:709-20
- [45] – Pluguez-Turull CW, Nanyes JE, Quintero CJ, et al. Idiopathic Granulomatous Mastitis: Manifestations at Multimodality Imaging and Pitfalls. *Radiographics* 2018;38:330-56
- [46] – Grover H, Grover SB, Goyal P, et al. Clinical and imaging features of idiopathic granulomatous mastitis - The diagnostic challenges and a brief review. *Clin Imaging* 2021;69:126-32
- [47] – Durur-Subasi I. Diagnostic and Interventional Radiology in Idiopathic Granulomatous Mastitis. *Eurasian J Med* 2019;51:293-7
- [48] – Fazzio RT, Shah SS, Sandhu NP, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: imaging update and review. *Insights Imaging* 2016;7:531-9.
- [49] - Longman CF, Champion T, Butler B, et al. Imaging features and diagnosis of tuberculosis of the breast. *Clin Radiol* 2017; 72:217.
- [50] – Yuan QQ, Xiao SY, Farouk O, Du YT, et al.. Management of granulomatous lobular mastitis: an international multidisciplinary consensus (2021 edition). *Mil Med Res*. 2022 Apr 26;9(1):20
- [51] – Tan H, Li R, Peng W, et al. Radiological and clinical features of adult non-puerperal mastitis. *Br J Radiol* 2013;86:20120657
- [52] – Oztekin PS, Durhan G, Nercis Kosar P, et al. Imaging findings in patients with granulomatous mastitis. *Iran J Radiol*. 2016;13(3):e33900
- [53] – Gautier N, Lalonde L, Tran-Thanh D, et al. Chronic granulomatous mastitis: imaging, pathology and management. *Eur J Radiol*. 2013;82(4): e165-e175
- [54] – Poyraz N, Emlik GD, Batur A, et al. Magnetic resonance imaging features of idiopathic granulomatous mastitis: a retrospective analysis. *Iran J Radiol*. 2016;13(3):e20873
- [55] – Dursun M, Yilmaz S, Yahyayev A, et al. Multimodality imaging features of idiopathic granulomatous mastitis: outcome of 12 years of experience. *Radiol Med (Torino)*. 2012;117(4):529-38.
- [56] – Xu H, Liu R, Lv Y, et al. Treatments for Periductal Mastitis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast Care (Basel)* 2022;17:55-62.
- [57] – Taffurelli M, Pellegrini A, Santini D, et al. Recurrent periductal mastitis: Surgical treatment. *Surgery* 2016;160:1689-92
- [58] – Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating

carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1972;58:642-6.

[59] – Jiang L, Li X, Sun B, et al. Clinicopathological features of granulomatous lobular mastitis and mammary duct ectasia. *Oncol Lett* 2020;19:840-8.

[60] – Dobinson HC, Anderson TP, Chambers ST, et al. Antimicrobial Treatment Options for Granulomatous Mastitis Caused by *Corynebacterium* Species. *J Clin Microbiol* 2015; 53:2895.

[61] – Farouk O, Abdelkhalek M, Abdallah A, Shata A, Senbel A, Attia E, et al. Rifampicin for idiopathic granulomatous lobular mastitis: a promising alternative for treatment. *World J Surg.* 2017;41(5):1313–21.

[62] – Sheybani F, Sarvghad M, Naderi HR, Gharib M. Treatment for and clinical - Page 15 of 17 - Nonlactational mastitis in adults characteristics of granulomatous mastitis. *Obstet Gynecol* 2015; 125:801.

[63] – Munot K, Nicholson S, Birkett V. Granulomatous mastitis - A novel method of treatment. *Eur J Surg Oncol* 2012; 38:461.

[64] – Akbulut S, Arikanoğlu Z, Senol A, et al. Is methotrexate an acceptable treatment in the management of idiopathic granulomatous mastitis? *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284:1189.

[65] – Lei X, Chen K, Zhu L, Song E, Su F, Li S: Treatments for idiopathic granulomatous mastitis: systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*: 2017; 12: 415–21.

[66] – Postolova A, Troxell ML, Wapnir IL, Genovese MC. Methotrexate in the Treatment of Idiopathic Granulomatous Mastitis. *J Rheumatol* 2020; 47:924.

[67] – Kehribar DY, Duran TI, Polat AK, Ozgen M. Effectiveness of Methotrexate in Idiopathic Granulomatous Mastitis Treatment. *Am J Med Sci* 2020; 360:560.

[68] – Akbulut S, Yilmaz D, Bakir S. Methotrexate in the management of idiopathic granulomatous mastitis: review of 108 published cases and report of four cases. *Breast J* 2011; 17:661.

[69] – Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, et al.: Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol* 2005; 78: 186–8

[70] – Akcan A, Akyildiz H, Deneme MA, et al. Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. *World J Surg* 2006;30:1403-9

[71] – Karanlık H, Ozgur I, Simsek S, et al. Can Steroids plus Surgery Become a First-Line Treatment of Idiopathic Granulomatous Mastitis? *Breast Care (Basel)* 2014;9:338-42

[72] – Al Ruwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis: controversies in management. *J Clin Neonatol* 2012; 1:207.

[73] – Montague EC, Hilinski J, Andresen D, Cooley A. Evaluation and treatment of mastitis in infants. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32:1295.

- [74] – Kaplan RL, Cruz AT, Michelson KA, et al. Neonatal Mastitis and Concurrent Serious Bacterial Infection. *Pediatrics* 2021; 148.
- [75] – Jean Bertrand KA, Rose NK, Franck LG, et al. Mastitis and breast abscess in newborns and infants. *Afr J Paediatr Surg* 2022; 19:238.
- [76] – Al Ruwaili N, Scolnik D. Neonatal mastitis: controversies in management. *J Clin Neonatol* 2012; 1:207.
- [77] – Díaz ÁM, Céspedes BO, Rodríguez MS. Parotid abscess and mastitis by methicillinresistant *Staphylococcus aureus* in a newborn. *Rev Cubana Pediatr* 2018; 90:e621.
- [78] - D'Auria D, Ferrara D, Aragione N, et al. Role of ultrasound in diagnosis of neonatal breast enlargement: a newborn case report. *Radiol Case Rep* 2021; 16:2692.
- [79] – Pant VP, Mishra D. Neonatal giant mastocele: a case report. *Ann Med Surg (Lond)* 2023; 85:4134.
- [80] – DiVasta AD, Weldon CB, Labow BI. The breast: Examination and lesions. In: Emans, Laufer, Goldstein's *Pediatric & Adolescent Gynecology*, 7th ed, Emans SJ, Laufer MR, DiVasta AD (Eds), Wolters Kluwer, Philadelphia 2020. p.781.
- [81] – Warren R, Degnim AC. Uncommon benign breast abnormalities in adolescents. *Semin Plast Surg* 2013; 27:26.
- [82] – Michala L, Tsigginou A, Zacharakis D, Dimitrakakis C. Breast disorders in girls and adolescents. Is there a need for a specialized service? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28:91.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Адамян Лейла Владимировна - Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является Президентом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, членом Российского общества акушеров-гинекологов. Конфликт интересов отсутствует.

Уварова Елена Витальевна – чл.-корр. РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2 гинекологическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАРУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов. Конфликт интересов отсутствует.

Родионов Валерий Витальевич – заведующий отделением патологии молочной железы института онкогинекологии и маммологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, д.м.н., член РООМ, член РОСОРС. Конфликт интересов отсутствует.

Травина Марина Львовна – к.м.н., заведующая отделением маммологии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ. Конфликт интересов отсутствует.

Сальникова Ирина Александровна - к.м.н., научный сотрудник 2 гинекологического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ. Конфликт интересов отсутствует.

Короткова Светлана Анатольевна – заведующая гинекологическим отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы. Конфликт интересов отсутствует.

Тоноян Нарине Марзпетуновна – к.м.н., врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ. Конфликт интересов отсутствует.

Сенча Александр Николаевич – руководитель отдела медицинской визуализации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., член РОПР.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач-акушеры-гинеколог.
2. Врач-хирург.
3. Врач ультразвуковой диагностики.
4. Врач-онколог.
5. Врач общей практики.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

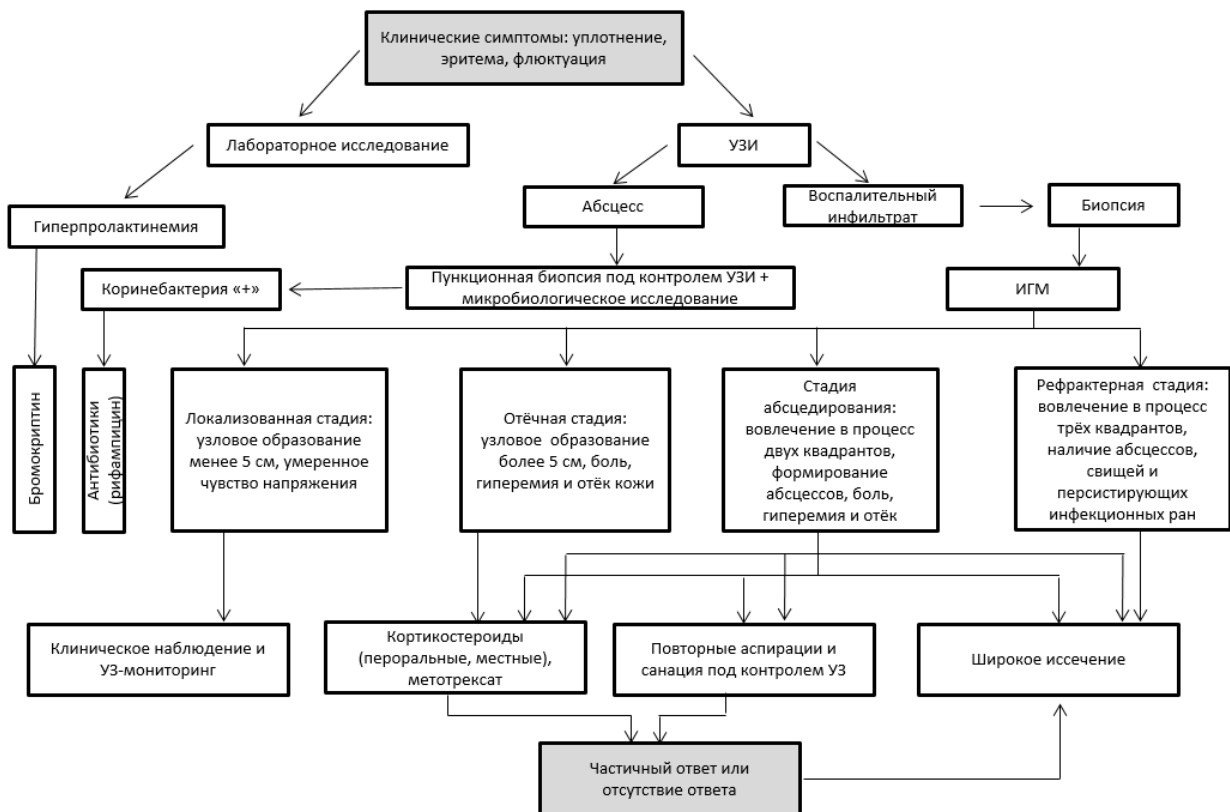
1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями).
2. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм ведения пациенток с нелактационным маститом



Алгоритм ведения пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом



Приложение В. Информация для пациента

Что такое мастит?

Мастит – это воспалительное заболевание молочной железы, которое может быть как инфекционной, так и неинфекционной природы. Наиболее часто мастит возникает в послеродовом периоде на фоне лактации (грудного вскармливания), это состояние называется лактационный мастит. Однако, мастит может возникать и у небеременных женщин, и у мужчин, и в детском возрасте (нелактационный мастит). При мастите появляется боль в одной (чаще) или обеих молочных железах, может определяться область покраснения кожи, под которой расположен участок уплотнения в ткани молочной железы.

Почему развивается мастит?

Точные причины нелактационного мастита окончательно не установлены. Наиболее частой причиной являются наличие секрета в молочной железе и нарушение микробиота в данных зонах с последующим развитием воспалительного процесса. При хронических или острых воспалительных заболеваниях бактерии (инфекционные агенты) могут проникать в молочные железы через раны на коже, и через лимфатические пути, через кровоток. Немаловажную роль в возникновении мастита играет нарушение количественного и качественного состава микрофлоры в молочной железе.

Что должно насторожить и послужить причиной обращения к врачу?

- болезненный уплотненный участок в молочной железе
- покраснение, отек кожи молочной железы
- повышение температуры кожного покрова над уплотненным участком молочной железы
- повышение температуры тела $>38,4$ С (при измерении в подмышечной области)
- иногда гриппоподобные симптомы (озноб, головная боль, мышечные боли) могут указывать на ухудшение течения заболевания

Наличие 2 или более признаков указывает на наличие мастита и требует обращения к врачу.

Каковы последствия и зачем нужно лечить мастит?

При отсутствии своевременного лечения мастита повышается температура тела, ухудшается общее самочувствие и появляются болезненные уплотнения в молочных железах. Далее при отсутствии лечения развивается абсцесс (ограниченный воспалительный очаг с гнойной полостью) в молочной железе, температура тела

повышается до 38-40° С, отмечается выраженная общая слабость, потливость. При дальнейшем отсутствии лечения возникают повторные повышения температуры тела, ознобы, общее самочувствие ухудшается и может развиваться массивный воспалительный процесс во всем организме (сепсис).

Каковы методы лечения мастита?

При умеренном повышении температуры тела, длительности заболевания менее 3 суток и относительно благоприятном общем самочувствии лечение мастита может быть проведено без госпитализации в стационар. Врач примет решение о назначении противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов.

При наличии гнойных форм заболевания или ухудшении общего самочувствия показана консультация врача и назначение противовоспалительной терапии с возможным использованием малоинвазивных хирургических методик лечения. Госпитализация в специализированный хирургический стационар для проведения лечения проводится по показаниям, которые определяет врач-хирург. Своевременное адекватное лечение гнойного очага предотвращает распространение процесса и помогает добиться полного излечения.

Как предупредить возникновение мастита?

Риск появления воспалительных процессов в молочной железе снижается при своевременном лечении дисгормональных состояний (дисплазии) молочной железы, купировании симптомов функциональной гиперпролактинемии, выявлении и лечении эндокринных заболеваний, таких как сахарный диабет, ожирение, гипотериоз. Вредные привычки (курение) – способствуют появлению воспалительных процессов в молочной железе.