Воспалительные заболевания молочных желез

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N61, N64.0, O91, O91.0, O91.1, O91.2, O92.1, P39.0 · Российское общество акушеров-гинекологов

Мастит — воспалительное заболевание молочной железы инфекционной или неинфекционной природы; чаще он связан с лактацией, но встречается также у детей, подростков, нелактирующих женщин и мужчин. Рекомендация охватывает диагностику, консервативное и хирургическое лечение, включая тактику при абсцессе, гранулематозном и туберкулезном мастите.

Главное

- При лактационном мастите основным инициирующим фактором часто бывает лактостаз: застой молока может перейти в асептическое воспаление, затем в септическое воспаление и абсцесс.
- Острый послеродовой мастит обычно проявляется температурой 38 °C и выше, болью и увеличением молочной железы, уплотнением, гиперемией кожи, ухудшением общего состояния и увеличением подмышечных лимфоузлов.
- У 3–11% пациенток с маститом может возникнуть осложнение — абсцесс молочной железы.
- Флегмонозный мастит является наиболее тяжелой формой; при нем возможна генерализация инфекции с переходом в сепсис.
- УЗИ не обязательно для постановки диагноза мастита у взрослых, но показано при подозрении на абсцесс или новообразование, специфический мастит, отсутствии эффекта от лечения, у детей и при тонкоигольной биопсии.
- Посев грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы проводят для выбора или коррекции антибактериальной терапии; желательно взять материал до начала антибиотиков (УУР В, УДД 2).
- При лактационном мастите доношенного ребенка обычно продолжают прикладывать к груди; временное прекращение лактации предусмотрено при кормлении недоношенного ребенка, двустороннем мастите и редких инфекциях, вызванных β-гемолитическим стрептококком группы В (УУР С, УДД 5).
- Плановая госпитализация не требуется. Экстренная госпитализация показана при отсутствии положительной динамики за 24 часа амбулаторного лечения и при гнойных формах мастита.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните лактацию, интервалы и эффективность кормлений, лактостаз, трещины сосков, перенесенный мастит, операции на молочных железах, курение, травму, сопутствующие заболевания, аллергию и семейный анамнез рака молочной железы (УУР С, УДД 5).
2. Осмотрите и пропальпируйте обе молочные железы и подмышечную область: оцените кожу, соски, выделения, локализацию, размеры, контуры, консистенцию и подвижность уплотнения, наличие изъязвления, свища и болезненных лимфоузлов (УУР С, УДД 5).
3. При выделениях из соска возьмите мазок-отпечаток для цитологии. Если после эмпирической антибактериальной терапии сохраняется гипертермия или нет эффекта в течение 24–48 часов, выполните общий анализ крови (УУР С, УДД 5).
4. Возьмите молоко из пораженной и здоровой железы на посев с определением чувствительности; при отсутствии ответа на антибиотики исследуйте отделяемое или материал аспирации микроскопически с окраской по Граму и культурально для выявления резистентных возбудителей (УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5).
5. Выполните УЗИ при подозрении на абсцесс, новообразование или специфический мастит, при неэффективности лечения, у детей и при тонкоигольной аспирации (УУР С, УДД 5). При подозрении на абсцесс ищите гипоэхогенное неоднородное аваскулярное образование с четкими контурами и болезненностью при компрессии.
6. При нелактационном мастите и жидкостном образовании проведите тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ; при плотном образовании без выделений из соска — трепанбиопсию под контролем УЗИ для верификации диагноза и исключения рака (УУР С, УДД 5).

7. При рецидивирующем воспалении, полостях или свищах без эффекта от лечения исключайте туберкулез, гранулематозный мастит и онкологический процесс; если противовоспалительная терапия неэффективна 7–10 дней, показаны трепанбиопсия и исследование ткани на кислотоустойчивые бактерии и микробиологию (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При лактостазе обеспечьте частое и эффективное удаление молока: кормление начинают с пораженной груди, после кормления при необходимости сцеживают молоко. Допустим мягкий массаж по направлению к соску; болезненный массаж и сильное давление не применяют.
- Грудное вскармливание доношенного ребенка обычно продолжают (УУР С, УДД 5). При мастите у недоношенного ребенка, двустороннем мастите или редкой инфекции, вызванной β-гемолитическим стрептококком группы В, лактацию временно прекращают (УУР С, УДД 5).
- Для уменьшения проявлений воспаления и купирования боли у взрослых применяют НПВС (УУР С, УДД 5).
- Самомассаж молочных желез применяют для снижения болевого синдрома (УУР В, УДД 3).
- При лактации горячий компресс или душ используют перед кормлением, холодный компресс — после кормления или сцеживания (УУР В, УДД 2).
- Эмпирическая схема: амоксициллин + клавулановая кислота пациентам старше 12 лет и массой более 40 кг — 875 + 125 мг внутрь каждые 12 часов; детям 3 месяцев–12 лет — 90 + 6,4 мг в сутки в 2 приема; до 3 месяцев — 30 мг в сутки по амоксициллину в 2 приема. При лактационном мастите цефалоспорины 1–2-го поколения также относятся к терапии первой линии.
- При нелактационном мастите возможна схема: взрослым и детям массой более 40 кг амоксициллин 500 мг внутрь каждые 6 часов + метронидазол 500 мг каждые 8 часов; детям до 40 кг амоксициллин 20–90 мг/кг в сутки в 2–3 приема + метронидазол 500 мг каждые 12 часов при подозрении на анаэробную инфекцию. При высоком риске MRSA применяют доксициклин 100 мг каждые 12 часов, при аллергии на β-лактамы у взрослых и детей старше 12 лет — клиндамицин 300 мг каждые 8 часов.
- Абсцесс или свищ при неэффективности консервативной терапии требуют хирургического лечения. Возможна санация абсцесса тонкоигольной аспирацией под контролем УЗИ; при необходимости выпускник оставляют не более чем на 2 суток. При неэффективности малоинвазивного лечения или рецидиве выполняют вскрытие и санацию абсцесса при лактационном мастите, а при нелактационном — резекцию после купирования острого воспаления.
- При идиопатическом гранулематозном мастите с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонним поражением, выраженным изъязвлением кожи или свищами назначают системные кортикостероиды; преднизолон — 0,5–1 мг/кг/сут. После устранения эритемы и боли дозу обычно снижают через 4 недели постепенно за 8–12 дней (УУР С, УДД 5).
- При подтвержденном туберкулезном мастите лечение проводят под контролем фтизиатра по клиническим рекомендациям по лечению туберкулеза. Рутинные антибиотики при специфическом мастите у взрослых не используют; при гранулематозном мастите антибиотики показаны при вторичной инфекции и абсцессе.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте экстренно при отсутствии положительной динамики в течение 24 часов амбулаторного лечения или при гнойной форме мастита. Плановая госпитализация не предусмотрена.
- При подтвержденном туберкулезном мастите направьте пациентку к фтизиатру для обследования и лечения.
- При рецидивирующих трещинах сосков направьте пациентку к дерматологу для решения вопроса о биопсии сосково-ареолярной области.
- После лечения острого воспаления при отсутствии противопоказаний направьте пациентку к врачу-физиотерапевту для определения программы реабилитации.

Частые вопросы

Можно ли продолжать грудное вскармливание при мастите?

При мастите у женщины, кормящей доношенного ребенка, грудное вскармливание обычно продолжают, начиная с пораженной груди. Если прикладывание невозможно, грудь регулярно сцеживают; временное

прекращение лактации предусмотрено для отдельных ситуаций, включая недоношенного ребенка и двусторонний мастит.

Когда при мастите нужно делать УЗИ?

УЗИ проводят при подозрении на абсцесс или новообразование, специфический мастит, отсутствии эффекта от лечения, у всех детей и при тонкоигольной аспирационной биопсии. Для первичной диагностики мастита у взрослых без этих признаков УЗИ не обязательно.

Какая антибиотикотерапия используется первой?

Для пациентов старше 12 лет и массой более 40 кг эмпирически применяют амоксициллин + клавулановую кислоту 875 + 125 мг внутрь каждые 12 часов. При лактационном мастите препаратами первой линии также считаются цефалоспорины 1–2-го поколения.

Как лечить абсцесс молочной железы?

При осложненном мастите требуется санация абсцесса, часто тонкоигольной аспирацией под контролем УЗИ на фоне антибактериальной терапии. При отсутствии эффекта или рецидиве выполняют хирургическое вскрытие и санацию при лактационном мастите либо резекцию при нелактационном.

Когда при гранулематозном мастите нужны кортикостероиды?

Системные кортикостероиды показаны при множественных поражениях диаметром более 5 см, двустороннем поражении, значительном изъязвлении кожи или свищах; преднизолон применяют в дозе 0,5–1 мг/кг/сут.

Когда при гранулематозном мастите нужна операция?

Рутинное хирургическое лечение не рекомендовано, но хирургическое вмешательство показано при отсутствии эффекта от консервативной терапии, рецидивирующем течении, наличии абсцессов, свищей и язв.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/858-vospalitelnye-zabolevaniya-molochnyh-zhelez. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/858_1