

М.Л. Травина<sup>1</sup>, А.Г. Попов<sup>2</sup>, С.А. Попов<sup>3</sup>, Е.В. Куликова<sup>1</sup><sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация<sup>2</sup> Медицинский центр «Мир семьи», Санкт-Петербург, Российская Федерация<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

## Профилактика трещин соска молочной железы в ранний послеродовой период

### Контактная информация:

Травина Марина Львовна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая рентгеновским отделением отдела лучевой диагностики КДЦ НИИЦ здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 967-14-20\*2175, e-mail: Tvtdmarina@mail.ru

Статья поступила: 13.06.2017 г., принята к печати: 28.08.2017 г.

Сохранение и пролонгирование лактационного периода являются не только залогом полноценного физического и умственного развития ребенка, но и представляют собой один из важнейших методов снижения риска развития рака молочной железы. Проблемы с соском молочной железы у женщины в раннем послеродовом периоде приводят к отказу от лактации. Нами проведен ретроспективный анализ (период с 2010 по 2016 г.) причин травмирования сосков молочной железы в ранний послеродовой период у 172 женщин (средний возраст  $29,1 \pm 4,3$  года). Предложены методы профилактики и лечения травм соска в ранний послеродовой период для пролонгирования периода лактации.

**Ключевые слова:** лактация, грудное вскармливание, плоский сосок, втянутый сосок, трещины соска, доброкачественные заболевания молочной железы.

(Для цитирования: Травина М.Л., Попов А.Г., Попов С.А., Куликова Е.В. Профилактика трещин соска молочной железы в ранний послеродовой период. *Вопросы современной педиатрии*. 2017; 16 (4): 297–303. doi: 10.15690/vsp.v16i4.1776)

### ВВЕДЕНИЕ

Известно, что сокращение периода лактации повышает риск возникновения пролиферативных процессов в молочной железе в результате физиологических и патологических гормональных изменений в тканях железы [1]. Повышение риска развития патологических процессов в молочной железе связано с низкой дифференцировкой клеток железистого эпителия молочной железы, которые не прошли этапы эволюции в периоде грудного вскармливания [2]. Минимальный срок полноценной лактации молочной железы — 3–4 мес исключительно грудного вскармливания [3]. Вместе с тем, согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, только 30% женщин продолжают грудное вскармливание после третьего месяца [4–6],

что влияет на уровень заболеваемости раком молочной железы в популяции [7].

Основными причинами отказа от грудного вскармливания являются боль при сосании груди ребенком, патология сосков, лактостаз, гипогалактия, длительность кормления, тяжесть состояния ребенка, отказ ребенка от самостоятельного сосания груди [8]. Кроме того, отказ от кормления чаще наблюдается среди матерей, отмечающих недостаточное количество молока, а также на фоне травмы и анатомических проблем органа (несформированный сосок, трещины, воспаление и т.д.) [9].

Распространенность проблем с соском наблюдается у каждой третьей женщины в первые 30 сут после родов, а самой распространенной причиной, приводящей к этому, являются ошибки техники грудного

Marina L. Travina<sup>1</sup>, Alexandr G. Popov<sup>2</sup>, Sergey A. Popov<sup>3</sup>, Elena V. Kulikova<sup>1</sup><sup>1</sup> National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation<sup>2</sup> Mir Semyi Medical Center, St. Petersburg, Russian Federation<sup>3</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

## Prevention of Nipple Cracks of the Mammary Gland in the Early Postnatal Period

Preservation and prolongation of the lactation period is not only a guarantee of the child's full physical and mental development but also one of the most important methods for reducing the risk of developing breast cancer. Problems with the mammary gland nipple in a woman in the early postnatal period lead to a refusal of lactation. We carried out a retrospective analysis (period from 2010 to 2016) of the causes of traumatizing mammary gland nipples in the early postnatal period in 172 women (mean age  $29.1 \pm 4.3$  years). Methods of prevention and treatment of nipple injuries in the early postnatal period have been offered for the lactation period prolongation.

**Key words:** lactation, breastfeeding, inverted nipple, retracted nipple, nipple cracks, benign breast diseases.

(For citation: Travina Marina L., Popov Alexandr G., Popov Sergey A., Kulikova Elena V. Prevention of Nipple Cracks of the Mammary Gland in the Early Postnatal Period. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2017; 16 (4): 297–303. doi: 10.15690/vsp.v16i4.1776)

вскармливания [10]. По некоторым данным, наличие трещин на соске в послеродовом периоде в 95% случаев приводит к отказу от грудного вскармливания [11, 12]. По данным А. Eksioglu и соавт., трещины сосков наблюдались у 20% женщин с индивидуальным консультированием по грудному вскармливанию, у 57% женщин, получивших информацию из обучающей литературы, и у 63% женщин, ознакомленных с вопросами грудного вскармливания в дородовом периоде на теоретических групповых занятиях [13]. В исследовании Y. Prasad и соавт. только 13% женщин имели информацию о грудном вскармливании до родов, что гарантированно повышает риск осложнений в период грудного вскармливания среди оставшихся 87% будущих матерей [9]. При этом у 17% проблемы возникли именно из-за соска (втянутая или плоская форма, болезненность, отечность ареолы и соска, несоответствие размера соска рту ребенка) [9].

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Анализируемый период составил 6 лет (с 2010 по 2016 г.), в течение которых под наблюдением находились 172 женщины, обратившиеся в консультативно-диагностический центр (далее КДЦ) Научного центра здоровья детей (в настоящее время Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей) к врачу специалисту-маммологу с жалобами на боль или травмирование соска в раннем послеродовом периоде. Средний возраст пациенток составил  $29,1 \pm 4,3$  года. Согласно анамнестическим данным и результатам врачебного осмотра, наиболее частыми причинами травматизации соска были неправильный гигиенический уход, неверное изъятие соска изо рта ребенка, длительное необоснованное нахождение соска молочной железы во рту ребенка во время сна, короткая уздечка языка у ребенка, прикладывание ребенка к напряжен-

ной и перенаполненной молоком груди, анатомические особенности строения соска, механическая травматизация соска при сцеживании, неправильный захват ребенком соска (табл. 1). У 84 (49%) пациенток в раннем послеродовом периоде была выявлена 1 причина травматизации соска, у 60 (35%) — 2, у 24 (14%) — 3, в 4 (2%) случаях — 4 и более причин.

Из анамнеза известно, что 34 (20%) пациентки проходили индивидуальное консультирование с рекомендациями о правильном начале грудного вскармливания с учетом индивидуальных особенностей молочной железы, 138 (80%) женщин получили общую информацию о грудном вскармливании в роддоме.

На момент обращения в КДЦ у 49 (28%) пациенток выявлено инфицирование трещин, у 15 (9%) — признаки их воспаления в анамнезе, разрешившиеся самостоятельно; у 108 (63%) женщин признаков воспаления не было. Жалобы, предъявляемые пациентками, были распределены на группы: постоянные боли в соске, болезненность соска между кормлениями, кровоточивость сосков, резкая болезненность соска после кормления, зуд, жжение и прострелы в соске, болезненность соска при начале кормления (табл. 2).

В ходе лечения травмированных сосков на раннем этапе грудного вскармливания использовались заживляющий крем для сосков (Авент, Великобритания), наклейки для сбора молока (для подсушивания кожи сосков), аппарат для ручного сцеживания (для снятия повышенного напряжения груди перед кормлением), местные антибактериальные средства (мази и кремы с антибактериальным действием широкого спектра).

Все пациентки в период осложнения грудного вскармливания и прохождения лечения в КДЦ в момент сбора анамнеза отметили важность и необходимость первичной информации по индивидуальным особенностям налаживания грудного вскармливания.

**Таблица 1.** Причины травматизации соска молочной железы у женщин в раннем послеродовом периоде ( $n = 292$ )

**Table 1.** Causes of traumatization of the mammary gland nipple in women in the early postnatal period ( $n = 292$ )

Причина травматизации соска	Число случаев, абс. (%)
Неправильный гигиенический уход	4 (1,4)
Неправильное изъятие соска изо рта ребенка	5 (1,7)
Длительное необоснованное нахождение ребенка с соском молочной железы во рту во время сна	5 (1,7)
Короткая уздечка языка у ребенка	14 (4,8)
Прикладывание ребенка к напряженной и перенаполненной молоком груди	53 (18,2)
Анатомические особенности строения	61 (20,9)
Механическая травматизация при сцеживании	69 (23,6)
Неправильный захват соска ребенком	81 (27,7)

**Таблица 2.** Жалобы женщин ( $n = 172$ ) в раннем послеродовом периоде при патологии молочной железы

**Table 2.** Complaints of women ( $n = 172$ ) with the mammary gland pathology in the early postnatal period

Жалобы	Число случаев, абс. (%)
Постоянные боли в соске	10 (5,8)
Болезненность соска между кормлениями	12 (7,0)
Кровоточивость сосков	13 (7,6)
Резкая болезненность соска после кормления	19 (11,0)
Зуд, жжение и прострелы в соске	25 (14,6)
Резкая болезненность соска при начале кормления	93 (54,0)

Средняя продолжительность грудного вскармливания у женщин в группе наблюдения составила  $123 \pm 3$  мес. Оценка динамики сохранения грудного вскармливания показала, что к третьему месяцу после родов от кормления грудью отказались 9 (5%) женщин, остальные его продолжили. Этот показатель существенно отличается от данных экспертов Всемирной организации здравоохранения по России, согласно которым на третьем месяце грудное вскармливание продолжает 41% женщин [14, 15], в Узбекистане — 90%, в Норвегии — 80%, в Польше — около 40% [15].

Анализ частоты осложнений (трещины соска в раннем периоде лактации) в группах женщин, получивших индивидуальные советы по начальному периоду грудного вскармливания с учетом анатомических особенностей груди, и женщин, ознакомленных с общей информацией о грудном вскармливании на групповых занятиях, показал, что первых от общего числа только 20%, что может свидетельствовать об эффективности обучения женщин. При наличии травматизации соска инфицирование в первый месяц лактации отмечалось в 37% случаях (на момент обращения и перед обращением к врачу по клинической картине, описываемой пациенткой), что является угрозой возникновения маститов в каждом третьем случае [13].

Наиболее распространенной оказалась жалоба на резкую болезненность соска, как с воспалительным процессом, так и без него, при начале кормления. Реже всего встречались случаи с постоянными болями в соске (табл. 3).

Учитывая причины травматизации соска, состояние женщин, а также интенсивность их жалоб, проводилось лечение или давались рекомендации по снижению причин травматизации органа (табл. 4).

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Снижение травматизации соска позволяет существенно минимизировать риски его инфицирования во время лактации, предотвращает развитие лактостазов и, как следствие, отказ от грудного вскармливания [16–19]. Пролонгирование периода лактации в настоящее время рассматривается не только как профилактическая мера для снижения случаев онкологических заболеваний у женщин в последующем (рак молочной железы, доброкачественные новообразования молочной железы), но и как фактор существенного влияния на здоровье и дальнейшее развитие ребенка [20–22].

Анализируя данные литературы и результаты собственного многолетнего опыта работы, можно утверждать, что в раннем периоде лактации основные проблемы связаны с ошибками, допускаемыми самими матерями

[18–20]. Отсутствие базовых знаний, страх перед грудным вскармливанием как результат мифов о недостаточном количестве молока, в связи с чем «ребенок будет голодным», боязнь лактостаза и мастита, — все это подталкивает женщин к ошибочным действиям, что в свою очередь приводит к появлению проблем с грудью. Грудное вскармливание — естественный процесс, однако знание наиболее распространенных ошибок позволяет снизить число проблем в данном периоде [7, 21]. Теоретическая подготовка должна быть индивидуальной, так как анатомические особенности молочных желез разнообразны: размер молочной железы, количество железистого компонента, сформированность соска и многие другие причины могут оказывать влияние на успешную пролонгированную лактацию [22].

Одной из индивидуальных анатомических особенностей организма женщины, оказывающей влияние на процесс грудного вскармливания, является сосок молочной железы. Сосково-ареолярный комплекс имеет несколько отличающихся друг от друга анатомических признаков, которые не являются патологией, но могут мешать грудному вскармливанию.

### Койломастия

Так, из-за укороченных протоков сосок может быть втянутым (*койломастия*). Втянутость сосков можно наблюдать уже у новорожденных при физиологическом нагрубании молочных желез. Появление зачатка ткани и ее отечность визуально и клинически увеличивают молочную железу, тогда как протоки не увеличивают свою длину, в связи с чем наблюдается втяжение ареолы. В период пубертатного роста сосок, ареола, протоки, железистая ткань и все структуры молочной железы начинают свое синхронное развитие. В соске формируется мышечный каркас, за счет чего он приобретает возвышенное положение над ареолой. Короткие недоразвитые протоки (зачастую это наследственный симптом) выявляются в период активного роста молочной железы. Койломастия может быть как одно-, так и двусторонней. В период беременности на фоне высокого уровня прогестерона возможно формирование соска и «вытягивание» протоков, но необходимо помнить, что уже на данном этапе при механическом раздражении кожи соска повышается уровень окситоцина, что может провоцировать повышение тонуса матки и сопровождаться угрозой выкидыша. Отмечаемое втяжение соска после оперативных вмешательств или перенесенного воспалительного процесса объясняется фиброзированием тканей и укорочением протоков. Втяжение соска без видимых причин может быть обусловлено ростом опухоли на стороне втяжения [23].

**Таблица 3.** Соотношение жалоб при травматизации соска молочной железы с/без наличия воспалительного процесса  
**Table 3.** Ratio of complaints at traumatizing the mammary gland nipple with/without the presence of an inflammatory process

Жалобы	Число случаев без воспаления, n = 138, абс. (%)	Число случаев воспалением, n = 34, абс. (%)	Общее число случаев, n = 172, абс. (%)
Постоянные боли	3 (1,7)	7 (4,1)	10 (5,8)
Болезненность между кормлениями	4 (2,3)	8 (4,7)	12 (7)
Кровоточивость	13 (7,6)	-	13 (7,6)
Резкая болезненность после кормления	19 (11)	-	19 (11)
Зуд, жжение и прострелы	15 (8,7)	10 (5,8)	25 (14,5)
Резкая болезненность при начале кормления	84 (48,8)	9 (5,2)	93 (54)

**Таблица 4.** Симптомы и рекомендации при травматизации соска молочной железы  
**Table 4.** Symptoms and recommendations for traumatizing the mammary gland nipple

Причина травматизации	Симптомы	Рекомендации
Неправильный гигиенический уход	Шелушение и истончение кожи соска и ареолы вследствие неадекватно повышенной гигиены, использования подсушивающих и дезинфицирующих средств (исключается микоз соска)	При сухости ареолы — использование ланолина, улучшающего эластичность кожи
Неправильное изъятие соска изо рта ребенка	Перерастяжение кожи при искусственном завершении акта сосания	Не вырывать сосок, использовать введение пальца в угол рта ребенка
Длительное необоснованное пребывание ребенка у груди	Набухание, размягчение и мацерация кожи на соске вследствие длительного нахождения во влажной среде	Кормление ребенка 20–40 мин, далее перерыв, чтобы не допустить мацерации кожи
Короткая уздечка у ребенка (укорочение связки, соединяющей язык с дном ротовой полости, и ограничение подвижности языка)	При кормлении ребенок длительно находится у груди, но не наедается, раздражается и нервничает, «цокающие» звуки при сосании	Проверка симптома короткой уздечки языка в норме: <ul style="list-style-type: none"> <li>свободное движение языка за пальцем, проводимым по нижней губе от центра в стороны</li> <li>при поднятии языка к верхнему небу кончик его должен легко доставать до верха</li> <li>при продвижении пальца от центра нижней губы по подбородку язык беспрепятственно достает до нижней губы</li> <li>при выявлении отклонений — консультация с врачом</li> </ul>
Перенаполнение груди молоком	Сглаженность ареолярного круга и соска за счет тугого наполнения груди	Для правильного взятия соска — подсцеживание и снятие напряжения за счет ручного молокоотсоса или ручного сцеживания до мягкости ареолярной зоны
Анатомические особенности строения соска	Сосок втянутый или уплощенный Макрососок	Подготовка соска к кормлению (формирование его за счет применения вакуумного дистрактора или ручного молокоотсоса). При несоответствии размера соска и полости рта ребенка — применение накладок
Механическая травматизация соска при сцеживании	Перерастяжение кожи соска при механическом сцеживании. Слишком глубокое засасывание воронки на молокоотсосе или слишком травмирующий режим сцеживания. При ручном сцеживании — механические травмы из-за нарушения техники сцеживания	Увлажнение соска и ареолы перед сцеживанием (ланолин крем) для повышения эластичности кожи и снижения травматизации
Неправильный захват соска и его травматизация	Неполный захват соска ребенком во время грудного вскармливания, болезненность во время захвата и сосания	Сформировать сосок, следить за наполнением ареолярной зоны, удобная поза при кормлении, обеспечение правильного захвата соска ребенком

Рекомендуемые методы лечения втянутых сосков необходимы только с косметической точки зрения, но не для улучшения здоровья молочной железы (хирургическая коррекция и пирсинг соска), и могут приводить к травмированию протоков, что ухудшает диагностику внутрипротоковой патологии в молочной железе, снижению чувствительности соска и, соответственно, служить препятствием грудному вскармливанию.

Выявление при консультации втянутых сосков не является противопоказанием к грудному вскармливанию: следует дать женщине дополнительные рекомендации, в том числе по использованию в данный период современных гаджетов [24–27]:

- с целью формирования соска можно использовать вакуумный дистрактор или ручной молокоотсос; при выведении и формировании соска — дать его ребенку;
- при неэффективности методов формирования соска рекомендуется использование силиконовых насадок на область соска;

- при нежелании ребенка взять грудь с силиконовой накладкой рекомендуются сцеживание и кормление ребенка сцеженным молоком;
- в период грудного кормления или сцеживания втянутые соски могут изменять форму, а протоки растягиваться, поэтому следует повторять попытки дать грудь ребенку (первые попытки лучше делать в ночное время).

Плоско-втянутая или плоская форма соска имеет слабовыраженное мышечное кольцо [28]. В первом случае данная особенность может определять высокий риск травматизации органа при грудном вскармливании, когда ребенок захватывает сосок. Отсутствие мышечного каркаса при использовании молокоотсосов иногда провоцирует перерастяжение кожи соска и появление трещин. Учитывая эти особенности, для некоторых моделей молокоотсосов компанией-производителем предусмотрены специальные вкладыши с целью уменьшения втяжения соска при сцеживании.

Плоский сосок не возвышается над ареолой, что при переполнении груди молоком сглаживает ареолярную зону и еще больше затрудняет правильный захват соска.

При плоском или плоско-втянутом соске, а также при перенаполнении груди молоком:

- сцеживание некоторого количества молока снимает плотность ареолярной зоны и позволяет ребенку провести правильный захват соска, что снижает риск его травматизации;
- при невозможности сформировать сосок и отказе ребенка от груди рекомендации идентичны действиям при койломастии.

Крупные соски также могут стать причиной отказа ребенка от груди, но не поводом отказа от грудного вскармливания. Физиологическое несоответствие размера соска и рта ребенка встречается крайне редко, но необходимо помнить о тактике ведения таких пациентов. При крупных размерах соска рекомендуется:

- использование силиконовых накладок жесткого типа;
- при отказе ребенка брать сосок или накладку — переход на аппаратное сцеживание;
- при взрослении ребенка повторять попытки прикладывания его к груди.

Осмотр проводится с соблюдением техники проверки выделений из соска: большой и указательные пальцы ставятся на ареолу друг против друга, далее пальцы углубляют в железу, сводят под соском и поднимают вверх к соску. При данном исследовании втянутый сосок может быть выведен, что даст возможность его осмотра, но с равной частотой подобное ручное обследование невозможно, поэтому на помощь приходят вакуумные дистракторы.

### Анкилоглоссия

Неправильный захват соска — наиболее распространенная причина его травматизации, но в некоторых случаях именно сочетание разных симптомов приводит к появлению трещин. Рассмотрим симптом короткой уздечки языка у ребенка (*анкилоглоссия*) [29]. Такая анатомическая особенность мешает ребенку выполнить правильный захват соска, что приводит не только к его травматизации и появлению трещин, но и к дискомфорту самого ребенка во время акта сосания. В результате ребенок быстро утомляется либо повышает активность во время сосания (еще один риск травматизации соска), при этом увеличивается время кормления, но снижается количество потребляемого молока (как следствие нарушения правильного захвата и работы языка). Все это понижает лактогенез или обуславливает развитие лактостаза у матери.

Неопытность матери и отсутствие знаний не позволяют оценить правильность захвата соска у ребенка и тем самым предупредить развитие осложнений.

Разработанные рекомендации позволяют матери контролировать правильность взятия соска. Согласно стандартам, необходимо:

- подготовить сосок и ареолярную зону к кормлению — перед кормлением помассировать грудь, сформировать сосок, проверить напряженность ареолярной зоны и при необходимости снизить ее;
- сесть в удобную позу и дать грудь ребенку, одной рукой придерживая голову малыша, другой подавая грудь и сосок перпендикулярно его рту;
- проконтролировать, что сосок захвачен целиком, и губы ребенка расправлены (нет закусывания) и равномерно обхватывают сосок под основанием;
- проконтролировать, что во время кормления ребенок спокоен, не издаст «цокающих» или иных звуков;

- рекомендуется прервать кормление, если оно затягивается более чем на 40 мин;
- для безопасного прерывания кормления рекомендуется не вырывать сосок, а извлечь его, вводя палец в угол рта ребенка.

### Гигиенический уход

Неправильный гигиенический уход за молочными железами — не только одна из причин травматизации соска, но и фактор нарушения естественного биоценоза кишечника ребенка. Кожная инфекция, постепенно заселяя кишечник, «готовит» ребенка к агрессивной окружающей биосфере, и излишняя стерильность может нарушить этот подготовительный процесс. Регулярное обеззараживание сосков и ареолы приводит к смыванию кожного сала, вырабатываемого бугорками Монтгомери, излишней сухости и склонности к образованию микротрещин, а в последующем к инфицированию и развитию мастита в период лактации. Адекватная гигиена сосков предполагает:

- ежедневный прием гигиенического душа;
- обработку соска каплей грудного молока после кормления с целью создания бактерицидной пленки;
- для снижения чувствительности и активизации регенерации кожи, а также с целью защиты от проникновения инфекции за счет закрывания микротрещин — нанесение ланолина при выполнении водных процедур (душ, ванна) при излишней чувствительности соска, сухости кожи и трещинах.

Механическая травматизация соска при сцеживании бывает результатом перерастяжения кожи, ссадин, что можно предотвратить массажем груди, ручным или аппаратным сцеживанием. Нанесение на кожу груди масел или жирных кремов позволит снизить силу трения и, соответственно, травматизацию кожи, достичь максимального увлажнения и растяжения кожи груди и соска.

При наличии трещин соска и глубоких ссадин кожи у его основания рекомендуется:

- нанесение ланолина для увлажнения кожи и снижения болезненности перед кормлением;
- использование заживляющих мазей и накладок-молкосборников с целью исключения мокнутия соска (воздушные ванны) после кормления;
- смывание мази перед кормлением и нанесение ланолина.

Для оказания помощи и коррекции болевого синдрома в лактационном периоде необходимо определить патогенез боли. Грудное вскармливание при наличии боли обречено на раннее завершение, что и объясняет постоянный стресс и страх среди женщин перед процессом кормления грудью. Для врачей боль в анамнезе говорит о наличии проблемы; боль для матери порождает отрицательные эмоции, снижает качество жизни и может вызвать послеродовую депрессию.

Резкая болезненность соска при начале кормления — результат наличия трещин на коже, которые при активном сосании только усугубляются. При такой ситуации рекомендуется:

- перед кормлением провести мягкий массаж соска и ареолы, его ручное формирование [сосок массируется между пальцами (можно сравнить с катанием шарика или разминанием пластилина)]; это позволит разогреть сосок и подготовиться к активному механическому воздействию на него со стороны языка ребенка и акту сосания;
- нанесение на сосок совместимого с грудным вскармливанием ланолина с целью увлажнения кожи (лано-

лин не имеет вкуса и безвреден для ребенка), что помогает увеличить эластичность кожи и закрыть микротрещины;

- после кормления при отсутствии видимых трещин нанести на сосок каплю молока.

#### Оценка состояния и оказание помощи

Жалобы, предъявляемые пациентками, — важный этап в сборе анамнеза для оценки состояния и оказания помощи. Жалобы на зуд, жжение и прострелы в соске — признаки микоза органа. Покраснение соска после кормления, его шелушение и наличие признаков молочницы у ребенка или у мамы подтверждают грибковое поражение кожи. При отсутствии такой симптоматики причиной боли могут служить пересушивание кожи соска, мелкие его трещины и присоединение воспалительного компонента. Однако, согласно результатам собственного наблюдения, такая жалоба встречалась и при отсутствии воспаления.

Рекомендации:

- в домашних условиях после кормления обрабатывать сосок ланолином; при отсутствии воспаления проводить закаливание органа: заморозить в виде кубиков льда заваренную кору дуба и дважды в день протирать ими сосок;
- в амбулаторных условиях, если жалобы сохраняются, при наличии густых или желтых выделений провести дополнительное — цитологическое — исследование мазка-отпечатка; назначение антибактериальной терапии при обнаружении признаков воспаления.

Резкая болезненность соска после кормления свидетельствует о наличии зон лактостаза со спазмированными протоками, не включенными в активный процесс лактогенеза.

Рекомендации:

- перед кормлением сцедить 2–4 мл молока и дать грудь ребенку;
- после кормления максимально сцедить молоко до мягкого состояния задних отделов молочной железы;
- повторять эту схему в течение 5–7 сут.

Благодаря сцеживанию перед кормлением у ребенка остается больше сил на опорожнение более дальних протоков с активизацией их и включением в процесс лактогенеза. Через несколько дней спазм протоков снимается, а при кормлении все отделы активно опорожняются.

Кровоточивость сосков связана с трещинами и их надрывом при акте сосания. Иногда кровянистые выделения наблюдаются на 4–5-е сут при резком увеличении количества молока (переходный период между секретцией молозива и молока, при котором наблюдается значительное набухание и увеличение объема груди); при активном и неправильном сцеживании и массаже, при выполнении тонкоигольной биопсии, при внутрипротоковой патологии или опухоли, разрушающей проток. В подобных ситуациях рекомендуется:

- при первом обнаружении кровянистых выделений проконтролировать их появление во время следующего кормления (аппаратного сцеживания) и при отсутствии следов крови продолжить грудное вскармливание;
- при продолжительных кровянистых выделениях необходимы врачебная консультация, ультразвуковое исследование, взятие мазка-отпечатка.

При болезненности соска между кормлениями или постоянных болях в нем в первую очередь следует исключить воспалительные процессы, трещины или закупорку

протока на соске, появление участков некроза или кожных пузырьков.

Рекомендации:

- ревизия соска, осмотр при надавливании и сцеживании для определения участков побеления или травмирования;
- при выявлении закупорки протока или травматизации соска — консультация врача;
- на врачебном приеме принимается решение об удалении участков некроза, затудняющих сцеживание; определяется наличие воспаления и назначается лечение. Резкая болезненность соска в начале кормления, как правило, связана с неправильным захватом соска.

Рекомендации:

- остановить акт сосания — **не терпеть боль**: прерывание акта проводится введением пальца в угол рта ребенка;
- проверить молочные железы на наличие их переполнения и возможность выведения соска, при необходимости сцедить несколько миллилитров и сформировать сосок;
- повторно приложить ребенка к груди;
- при повторяющихся болезненных захватах проверить уздечку языка ребенка, при необходимости обратиться за консультацией к специалисту;
- при невозможности прикладывания ребенка из-за болей использовать силиконовые накладки на сосок и механическое сцеживание молока (ручное или аппаратное).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная коррекция проблем с лактацией позволит избежать отказа от грудного вскармливания и пролонгировать его. Обучающие программы по подготовке матерей к грудному вскармливанию должны быть индивидуальными, с учетом анатомических особенностей и состояния молочной железы, что снижает риск травматизации соска. Уменьшение причин травматизации соска снижает число отказов от грудного вскармливания и пролонгирует лактацию.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья опубликована при поддержке компании Philips Avent.

#### FINANCING SOURCE

The article has been published with the support of Philips Avent.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

**М. Л. Травина** — чтение лекций для компаний Philips Avent, Бιονорика, Эбботт.

Остальные авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

#### CONFLICT OF INTERESTS

**Marina L. Travina** — lecturing for Philips Avent, Bionorica, Abbott.

The other authors confirmed the absence of a reportable conflict of interest.

#### ORCID

**М. Л. Травина** <http://orcid.org/0000-0003-3774-27210>

**А. Г. Попов** <http://orcid.org/0000-002-2183-8414>

**С. А. Попов** <http://orcid.org/0000-0001-9060-9992>

**Е. В. Куликова** <http://orcid.org/0000-0002-5141-0304>

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Russo J, Russo IH. Development of the human breast. *Maturitas*. 2004;49(1):2–15. doi: 10.1016/j.maturitas.2004.04.011.
2. Russo J, Russo IH. Role of pregnancy and chorionic gonadotropin in breast cancer prevention. In: Birkhauser MH, Rozenbaum H, editors. *Proceedings of the IV European Congress on the Menopause*. Paris: ESKA; 1998. P. 133–142.
3. Айламазян Э.К., Коган И.Ю., Полянин А.А., и др. Морфофункциональные закономерности формирования молочных желез на различных этапах онтогенеза // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. — 2004. — Т. 11. — № 2 — С. 31–37. [Ailamazyan EK, Kogan IYu, Polyaniin AA, et al. Morfofunktsional'nye zakonomernosti formirovaniya molochnykh zhelez na razlichnykh etapakh ontogeneza. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*. 2004;11(2):31–37. (In Russ).]
4. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals* [Internet]. WHO; 2009. 112 p. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/>
5. World Health Organization. *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review* [Internet]. WHO; 2013. 74 p. [cited 2017 May 15]. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/breastfeeding\\_long\\_term\\_effects/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/)
6. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med*. 2010;123(9):863.e1–6. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.03.016.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
8. Турти Т.В., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., и др. Современные возможности сохранения естественного вскармливания у детей первых месяцев жизни, имеющих нарушения в состоянии здоровья // *Педиатрическая фармакология*. — 2014. — Т. 11. — № 3 — С. 70–74. [Turti TV, Namazova-Baranova LS, Belyaeva IA, et al. Modern methods of preserving breast feeding in children of the first months of life with health disorders. *Pediatric pharmacology*. 2014;11(3):70–74. (In Russ).] doi: 10.15690/pf.v11i3.1012.
9. Prasad Y, Chandrakala P, Manasa G. Common breast feeding problems in mothers in early postnatal period. *IJCP*. 2017;4(2): 625–628. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20170721.
10. Santos KJ, Santana GS, Vieira T de O, et al. Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):209. doi: 10.1186/s12884-016-0999-4.
11. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, et al. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(5):441–444. doi: 10.2223/JPED.2010.
12. Tengku Alina TI, Wan Manan WM, Mohd Isa B. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding among women in Kelantan, Malaysia. *Health and the Environment Journal*. 2013;4(1):42–54.
13. Eksioglu A, Yesil Y, Demir Gungor D, Ceber Turfan E. The effects of different breastfeeding training techniques given for primiparous mothers before discharge on the incidence of cracked nipples. *Breastfeed Med*. 2017;12:311–315. doi: 10.1089/bfm.2016.0150.
14. Волков Н.А. *Патология лактации и мастопатия*. — Новосибирск; 1996. 212 с. [Volkov NA. *Patologiya laktatsii i mastopatiya*. Novosibirsk; 1996. 212 p. (In Russ)].
15. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р «Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года». [Executive Order of the Government of the Russian Federation № 1873-r «Ob osnovakh gosudarstvennoi politiki Rossiiskoi Federatsii v oblasti zdorovogo pitaniya naseleniya na period do 2020 goda» dated 25 October 2010. (In Russ).] Доступно по: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15d602f24c627fdc>. Ссылка активна на 12.05.2017.
16. Parker S, Saettele M, Morgan M, et al. Spectrum of pregnancy- and lactation-related benign breast findings. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2016;S0363-0188(16)30095-0. [In Press.] doi: 10.1067/j.cpradiol.2016.12.013.
17. Joshi S, Dialani V, Marotti J, et al. Breast disease in the pregnant and lactating patient: radiological-pathological correlation. *Insights Imaging*. 2013;4(5):527–538. doi: 10.1007/s13244-012-0211-y.
18. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD007366. doi: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.
19. Onbasxi Sx, Duran R, Cxiftdemir NA, et al. The effect of prenatal breast-milk and breast-feeding training given to expectant mothers on the behaviour of breast-feeding. *Turk Arch Ped*. 2011;46(1): 74–78. doi: 10.4274/tpa.46.13.
20. Research and Education Division of Kingston, Frontenac and Lennox & Addington Public Health. *Feeding practices of infants in the KFL&A area during the first year of life*. Kingston; 2011.
21. Шульга А.В., Костычева Н.В., Фомина О.И., Кузнецова Т.А. Грудное вскармливание: мнение матерей и врачей по результатам анкетирования // *Ученые записки Орловского государственного университета*. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. — 2013. — № 3 — С. 345–347. [Shulga AV, Kostycheva NV, Fomina OI, Kuznetsova TA. Breastfeeding: the view of mothers and physicians survey. *Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta*. Seriya: Estestvennye, tekhnicheskie i meditsinskie nauki. 2013;(3):345–347. (In Russ).]
22. Faguy K. Breast disorders in pregnant and lactating women. *Radiol Technol*. 2015;86(4):419–442.
23. Машуров И.П., Воротынцева Н.С., Ганзя М.С., и др. Современные взгляды на диагностику рака молочной железы у мужчин // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. — 2017. — Т. 9. — № 4 — С. 289–295. [Moshurov IP, Vorotyntseva NS, Ganzya MS, et al. The modern views of the diagnosis of male breast cancer. *Vestnik of Experimental and Clinical Surgery*. 2017;9(4):289–295. (In Russ).] doi: 10.18499/2070-478X-2016-9-4-289-295.
24. Shimoda GT, Mizumoto Aragaki IM, de Sousa CA, Silva IA. Association between persistent nipple lesions and breastfeeding conditions. *REME*. 2014;18(1):75–81. doi: 10.5935/1415-2762.20140006.
25. Martins Filho J. [Como e porque amamentar. (In Portuguese).] Sao Paulo: Sarvier; 1984.
26. Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 45(3):212–215. doi: 10.1016/s1526-9523(00)00011-8.
27. UNICEF; WHO. *Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff*. New York: UNICEF; 1993.
28. Vorherr H. *The breast: morphology, physiology, and lactation*. Elsevier; 2012. 294 p.
29. Post ED, Rupert AW, Schulpen TW. [Problematic breastfeeding due to a short frenulum. (In Dutch).] *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A918.