

АВМ клінічний протокол №26: Персистуючий біль при годуванні груддю

Pamela Berens (1), Anne Eglash (2), Michele Malloy (2) Alison M. Steube (3,4) and the Academy of Breastfeeding Medicine

Анотація

Однією з головних задач Академії медицини грудного вигодовування є розробка клінічних протоколів для вирішення поширених проблем, котрі можуть вплинути на успішність грудного вигодовування.

Ці протоколи є лише настановами по догляду за немовлятами та матерями, що годують грудьми і не є стандартами медичної допомоги. Варіації в лікуванні можуть бути доцільні залежно від потреб конкретного пацієнта.

Мета

Надавати доказові рекомендації щодо діагностики, оцінки та ведення жінок, які годують груддю з постійним болем у сосках і грудях.

Визначення

Для жінок, які годують грудьми, може бути складно відрізнити патологічний біль від дискомфорту, який зазвичай може виникати у перші кілька тижнів годування грудьми.

Цей протокол розглядає постійний (персистуючий) біль як пов'язаний з грудним вигодовуванням біль, що триває понад 2 тижні.

Ми не обговорюємо гострий або рецидивуючий мастит, який описано в протоколі АВМ №36 Мастит (1)

Вступ

Біль і дискомфорт, пов'язані з грудним вигодовуванням, поширені в перші кілька тижнів після пологів (2) (II-2) (Якість доказів [рівні доказів I, II-1, II-2, II-3 і III] базується на Додатку А Робочої групи з профілактичних послуг США Рейтинги (3) і зазначено в дужках.)

Оскільки це поширена причина раннього припинення грудного вигодовування (4), діаду мати-дитина має оцінити фахівець з лактації.

Після цього раннього періоду кількість повідомлень про біль загалом зменшується, але кожна п'ята жінка повідомляє про постійний біль через 2 місяці після пологів.(5)

Хоча початковий дискомфорт раннього прикладання можна вважати фізіологічним, доволі сильний біль, щоб викликати передчасне відлучення від грудей, не є фізіологічним.

В одному дослідженні 1323 матерів, які припинили годувати грудьми протягом першого місяця після пологів, 29,3% вказали на біль, а 36,8% вказали на біль, тріщини або кровоточивість сосків як важливу причину раннього завершення грудного вигодовування.

Кілька авторів виявили зв'язок між болем, пов'язаним з грудним вигодовуванням, і післяпологовою депресією (7,8) (II-2, III). Ці дослідження показують, що біль, пов'язаний з грудним вигодовуванням, пов'язаний із значним психологічним стресом; таким чином, матерів, які звертаються з болем, слід оцінити на наявність

симптомів розладів настрою та уважно спостерігати для вирішення проблеми або лікування, якщо це необхідно. Своєчасне виявлення та належне лікування постійного болю, пов'язаного з грудним вигодовуванням, має вирішальне значення для того, щоб жінки могли досягти своїх цілей щодо годування немовлят. Хоча література про постійний біль у сосках і/або грудях обмежена, а диференційна діагностика обширна, з'являється ряд етіологій і стратегій лікування, більшість з яких базуються на експертній думці. Індивідуальний характер стосунків з грудним вигодовуванням у поєднанні з особливостями грудей матерів, які годують, включаючи їх анатомію, фізіологію та динамічний мікробіом, ускладнює зусилля клініцистів.

Анамнез та огляд

Оцінка постійного болю починається з ретельного збору анамнезу та фізикального обстеження як матері, так і дитини. Приділяючи особливу увагу на наступному:

Анамнез грудного вигодовування

- попередній досвід грудного вигодовування /проблеми /біль;
- чутливість сосків/грудей до вагітності;
- прихід молока (тривале нагрубання, велика продукція молока порівняно з низькою продукцією);
- організація грудного вигодовування (частота, тривалість, одна чи обидві груди);

1 Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Health Sciences Center at Houston, Houston, Texas.

2 Department of Family and Community Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin.

3 Department of Obstetrics and Gynecology, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina.

4 Carolina Global Breastfeeding Institute, Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, Chapel Hill, North Carolina.

- зціджування молока (частота, тип зціджування (руки чи механічний відсмоктувач);
- ставлення матері до грудного вигодовування та її цілі щодо грудного вигодовування.

Анамнез болю:

- Час початку після пологів;
- Рання травма соску (садна, тріщини, кровотеча);
- коли виникає (під час прикладання, під час годування груддю, між годуванням грудьми, зціджуванням);
- Локалізація болю (сосок і/або груди; поверхневий біль чи глибокий);
- Тривалість (епізодична, періодична або постійна);
- Характер (печіння, свербіж, гострий, стріляючий, тупий, болить);
- Інтенсивність болю за шкалою оцінювання, наприклад від 0 до 10;
- Супутні ознаки та симптоми (зміни шкіри, зміна кольору соска, форми/зовнішнього вигляду соска після годування, лихоманка);
- Фактори, що загострюють/полегшують стан (холод, тепло, світло, дотик, глибокий тиск);
- Лікування, яке використовувалось (аналгезія, в тому числі нестероїдні протизапальні засоби та/або наркотичні препарати), антибіотики, протигрибкові засоби, стероїди, трави, мазі, інші засоби.

Анамнез матері

- Ускладнення під час вагітності, пологів (медичні умови, втручання);
- Захворювання (особливо феномен Рейно, чутливість до холоду, мігрень, дерматит, екзема, хронічні больові синдроми, кандидозна інфекція, родина історія анкілоглосії);
- Історія операцій на молочній залозі та їх причина;
- Ліки;
- Алергія;
- Депресія, тривога;
- Історія простого або оперізувального герпесу на соску/в області грудей;
- Історія нещодавніх інфекцій молочної залози;

Анамнез немовляти:

- Пологова травма чи аномалії при огляді;
- Поточний вік і гестаційний термін при народженні;
- Вага при народженні, набір ваги та загальний стан здоров'я;
- Метушливість;
- Шлунково-кишкові проблеми (симптоми рефлюксу, кров у випорожненнях, слизові випорожнення);
- Медичні стани/синдроми;
- Попередній діагноз анкілоглосії, френотомія;
- Медикаменти;
- Поведінка біля грудей (потягування, звивання, покусування, кашель, задишка, надмірна сонливість).

Обстеження повинне включати наступне:

Обстеження матері:

- Загальний стан (блідість [анемія], виснаження);
- Оцінка сосків (цілісність шкіри, чутливість, гнійні виділення, наявність висипань, колір, ураження);
- Огляд грудей (ущільнення, чутливість до легкого /глибокого натискання);
- Чутливість до легкого або різкого дотику до грудей, ареоли та соска;
- Ручне зціджування молока (оцініть біль за допомогою маневру зціджування);
- Оцінка настрою матері за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії.

Обстеження немовляти:

- Оцінити симетрію голови та рис обличчя (в тому числі кут щелепи, положення очей/вух);
- Анатомія порожнини рота (наявність/відсутність короткої вуздечки, ознаки кандидозу, аномалій піднебіння, підслизова розщелина);
- Дихальні шляхи (оцінити чи немає порушення носового дихання);
- Обсяг рухів голови та шиї;
- М'язовий тонус дитини;
- Оцінити інші симптоми, які можуть вказувати на основні неврологічні розлади, наприклад, ністагм.

Таблиця 1 Стани, симптоми та ведення при персистуючому болі в сосках \ грудях

Стан	Симптоми / ознаки	Ведення
Анкілоглосія	Постійне триваюче пошкодження соска та немовля з короткою / щільною вуздечка	Френулотомія / френектомія з використанням ножиць або лазера кваліфікованим медичним працівником 44-46 ((I, II-2, 1)
Травма / неправильне використання молоковідсмоктувача	Травма / пошкодження або м'яких тканин	Спостереження за процесом зціджування молока. Відрегулюйте силу відсмоктування / розмір фланця.
Екзема	Еритематозна шкіра Гострі епізоди: пухирці, ерозії, мокнуття, утворення кірочок Хронічні епізоди: сухість, лущення,	<ul style="list-style-type: none"> - Якщо тригер можна визначити - усуньте його; - Наносьте емольт - Наносьте стероїдний крем низької /

Таблиця 1 - продовження Стан	Симптоми / ознаки	Ведення
Псоріаз	<p>ліхеніфіковані ділянки. Ураження можуть бути болючими, сверблячими і навіть пекучими ^{18, 20}</p> <p>Еритематозні бляшки Чітко окреслені межі Дрібні сріблясті лусочки над бляшками</p>	<p>Ведення</p> <p>середньої сили двічі на день щодня до 2 тижнів(одразу після годування груддю для максимального контакту до наступного годування) ²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> - Використовуйте антигістамінні засоби другого покоління при свербінні ²⁰ - Розгляньте можливість короткого курсу (до 3 тижнів) преднізолону орально в резистентних випадках ^{20,47} - Наносьте емольт - Наносьте стероїдний крем низької / середньої сили двічі на день щодня (одразу після годування груддю)в якості першої лінії лікування ^{20,48} - Уникайте тривалого застосування стероїдів для попередження витончення епітелію соска та уповільнення загоєння; - місцеві креми або гелі з вітаміном Д та фототерапія є безпечними для використання ^{20,48} - імуномодуючі засоби не можна використовувати на сосках через ризик оральної абсорбції у дитини ⁴⁷
Поверхнева бактеріальна інфекція шкіри, пов'язана з пошкодженням	<p>Персистуючі тріщини, щілини. Мокнуття, зони ураження покриті жовтою кіркою, особливо в поєднанні з іншими станами шкіри Целюліт</p>	<p>Місцево - мазь мупіроцин або бацитрацин. Оральний антибіотик - цефалоспорин або пеніцилін, стійкий до пеніцилінази ^{18,49 (I)}</p>
Бактеріальний дизбіоз	<p>Двобічний глибокий ниюче-пекучий біль в грудях. Біль під час та після годування груддю Чутливість грудей, особливо у в нижніх квадрантах ²⁹</p>	<p>Розгляньте можливість застосування пероральних антибіотиків, таких як цефалоспорин, амоксицилін/клавуланат, диклоксацилін або еритроміцин протягом 2-6 тижнів.^{20,29} Опосередковані дані, що пробіотики можуть сприяти відновленню нормальної мікрофлори молочної залози ^{50,51}</p>
Кандидозна інфекція	<p>Рожевий сосок / ареола Сосок виглядає блискучим або є лущення Біль в соску, неспівставна з клінічними даними Пекучий біль в соску, біль що поширюється у молочну залозу ^{20,23}</p>	<p>Місцево азольна протигрибкова мазь або крем (міконазол та клотримазол також пригнічують ріст <i>Staphylococcus sp</i>) на сосках.²⁰ Ністатинова суспензія або міконазол у вигляді орального гелю для ротової порожнини немовляти.²⁰ Генціан фіолетовий (менше 0,5% водного розчину) можна використовувати щодня не більше 7 днів. Більш тривале застосування та вищі концентрації можуть спричинити виразки та некроз шкіри.^{20,52} Пероральний флуконазол (200 мг одноразово, потім по 100 мг щодня протягом 7-10 днів) можна застосовувати у резистентних випадках. Перед призначенням флуконазолу слід переглянути всі лікарські засоби та оцінити наявність лікарської взаємодії. Не слід застосовувати флуконазол у</p>

Таблиця 1 - продовження Стан	Симптоми / ознаки	Ведення
Вірус простого герпесу	Маленькі тендітні згруповані везикули на фоні почервоніння та набряку. Поодинокі маленькі ерозії ^{20,53} Аксилярна лімфаденопатія ⁵³	комбінації з домперидоном або еритроміцином через побоювання щодо подовження інтервалу QT. Пероральну протівірусну терапію, таку як ацикловір або валацикловір, слід застосовувати у дозах, рекомендованих для лікування первинних або рецидивуючих інфекцій, спричинених Herpes simplex. Запобігайте контакту між вогнищами ураження та немовлям. Уникайте годування немовлят груддю або зцідженим грудним молоком з ураженої грудей/соска до тих пір, поки ураження не заживуть, щоб запобігти інфекції неонатального герпесу.
Оперізуючий герпес	Біль та везикулярні висипання по ходу дерматому	Пероральну протівірусну терапію, таку як ацикловір або валацикловір, слід застосовувати у дозах, рекомендованих для лікування первинних або рецидивуючих інфекцій, спричинених Herpes simplex. Запобігайте контакту між вогнищами ураження та немовлям. Уникайте годування немовлят груддю або зцідженим грудним молоком з ураженої грудей/соска до тих пір, поки ураження не заживуть, щоб запобігти інфекції неонатального герпесу.
Вазоспазм	Стріляючий або пекучий біль одночасно з побілінням соска або іншою зміною кольору (почервоніння, багровий колір) ^{38, 39}	Тепло (компреси, грілки) після годування груддю або коли мати відчуває біль. Уникати впливу холоду на груди та соски. Ніфедипін пролонгованої дії 30-60 мг щоденно або негайного вивільнення 10-20 мг тричі на день протягом 2 тижнів, якщо біль зберігається. ⁵⁴ (I) Деяким жінкам може знадобитись більш тривале лікування.
Алодинія \ функціональний біль	Біль при легкому дотику. Одяг натирає сосок, викликає нестерпний біль, або що витирання грудей рушником болісне. Наявність в анамнезі інших больових розладів.	Цілодобовий прийом нестероїдних протизапальних препаратів. Пропранолол, починаючи з 20 мг тричі на день, якщо немає відповіді на НПЗП. Антидепресанти також можуть бути ефективними (див. Протокол № 18 Застосування антидепресантів у матерів, які годують груддю). Розгляньте можливість оцінки тригерних точок та лікування за допомогою масажної терапії. ⁵⁶
Рецидивуюча закупорка протоків	Локалізований ніжний тяж тканини, зазвичай розміром в декілька сантиметрів, який зазвичай оборотний завдяки зціджуванню.	Тепло, прямий тиск і зціджування молока зазвичай приносять полегшення.
Надмірне вироблення молока	Переповнення грудей, підтікання молока	Припиніть будь-яку надмірну стимуляцію, не зцідуйте і не прикладайте дитину до грудей в перервах між годуваннями. Зцідкування руками або молоковідсмоктувачем замість годування груддю або якщо

		<p>груди переповнені перед сном. Блокове годування (“чергування груді”) - це стратегія, яку підтримують багато консультантів з лактації, але вона є суперечливою з обмеженими доказами. Це передбачає годування з однієї груді протягом певного періоду часу, як правило, 3 години. Інша грудна залоза відпочиває, дозволяючи повноцінно забезпечити зворотний зв'язок для зменшення кількості молока.⁵⁷</p> <p>Такі ліки, як псевдофедрин⁵⁸ та екстракт шавлії, можуть бути використані для зменшення кількості молока, як і оральні контрацептиви, що містять естроген.</p>
--	--	---

Дані на підтримку лікування персистоючого болю, пов'язаного з грудним вигодовуванням, обмежені і базуються переважно на думці експертів. Тому наведені нижче рекомендації ґрунтуються на доказах рівня III, якщо не вказано інше. СНЦС, біль у скронево-нижньощелепному суглобі.

За сеансом грудного вигодовування слід безпосередньо спостерігати, щоб оцінити наступне:

- Позиціонування матері;
- Позиціонування та поведінку дитини біля грудей;
- Прикладання (широко відкритий рот з вивернутими губами);
- Динаміка смоктання - характер годування, харчове та нехарчове смоктання, сон;
- Форма і колір соска після годування;

Якщо мати зціджує молоко, лікар повинен безпосередньо спостерігати за сеансом зціджування, щоб оцінити наступне:

- Техніка зціджування руками;
- Прилягання молоковідсмоктувача/фланця до грудей;
- Динаміку молоковідсмоктувача, включаючи силу всмоктування та частоту циклів зціджування молоковідсмоктувачем, який використовує мати;
- Ознаки травмування молоковідсмоктувачем.

Лабораторні дослідження, такі як посіви з сосків та посіви молока (**Таблиця 2**), можуть бути розглянуті на основі анамнезу та на підставі анамнезу та результатів фізикального обстеження, зокрема:

- Гострий мастит або мастит, який не вирішується за допомогою антибіотиків;
- Постійні тріщини, розриви або нагноєння сосків;
- Еритема або висипання, що свідчать про вірусну або грибкову інфекцію;
- Біль у грудях, непропорційний обстеженню (на вигляд нормальні, але дуже болючі груди або соски).

Диференціальна діагностика

Потенційні причини постійного болю в грудях та сосках численні, можуть виникати одночасно або послідовно, і включають наступне:

- Пошкодження соска
- Дерматоз
- Інфекція
- Вазоспазм/феномен Рейно
- Алодинія/функціональний біль

У **таблиці 1** наведені симптоми та лікування різних діагнозів, описаних нижче.

Пошкодження сосків

Пошкодження епідермісу збільшує ризик розвитку інфекції та болю. Грудне вигодовування або використання молоковідсмоктувача для зціджування молока може викликати запальну реакцію шкіри

сосків, що може призвести до еритеми, набряку, тріщин та/або пухирів.

1. Аномальна динаміка зціджування/смоктання

- *Неоптимальне розташування дитини* часто згадується як найпоширеніша причина болю в сосках. може призвести до неглибокого прикладання і ненормального стиснення соска між язиком та піднебінням.⁽⁹⁻¹¹⁾ (II-2, III, III)

- *Дезорганізоване або дисфункціональне прикладання / смоктання*: здатність немовляти правильно прикладатись до грудей та смоктати груди залежить, серед інших факторів, від передчасного народження, анатомії ротової порожнини і нижньої щелепи, м'язового тону, неврологічної зрілості, рефлюксу або вроджених аномалій, а також материнських проблем, таких як потік молока, розмір грудей/соска та нагубання. Передчасно народжені діти, які мають низький тонус ротової порожнини, рефлюкс/аспірацію або вроджені аномалії, можуть бути схильні до ризику дезорганізованого смоктання.⁽¹²⁾ (III) Потрібна оцінка дитини на предмет труднощів координації смоктання та ковтання.

- *Анкілоглосія (коротка вуздечка язика)*, що виявляється у 0,02-10,7% новонароджених, полягає в обмеженні руху язика за межі нижніх ясен⁽¹³⁾ через аномально коротку або потовщену язикову вуздечку. Погана рухливість язика може призвести до труднощів з глибоким прикладанням і часто асоціюється з болем у материнських сосках.^(14,15) (II-3, I). Такі фактори, як наповненість грудей, потік молока, розмір соска, еластичність, форма піднебіння немовляти формують вплив анкілоглосії на соски матері. Не всі немовлята з анкілоглосією створюють проблеми для діади грудного вигодовування.

- *Немовля кусає або стискає щелепи біля грудей*. Немовлята, які кусають або стискають щелепи під час грудного вигодовування, можуть пошкоджувати соски і викликати біль у грудях. Захворювання, які можуть призвести до такої поведінки, включають переломи ключиці, кривошия, травми голови/шиї або обличчя, нижньощелепна асиметрія⁽¹⁶⁾, оральна захисна реакція або відраза (наприклад, у немовлят, яких примусово годують ребристими сосками), тонічний прикус, рефлекс прикусу, закладеність носа, реакція на гіперактивний рефлекс викиду молока та прорізування зубів. (III)

2. Травми через неправильне використання молоковідсмоктувача

Через широке використання молоковідсмоктувачів у багатьох країнах, а також через відмінності в освіті, грамотності та підтримці споживачів, існує значний потенціал для заподіяння шкоди від використання молоковідсмоктувачів. Згідно з опитуванням, проведеним у Сполучених Штатах, 14,6% з 1844 матерів повідомили про травми, пов'язані з використанням молоковідсмоктувачів.⁽¹⁷⁾ (II-2) Травми можуть бути або прямим результатом неправильного використання або поломки молоковідсмоктувача, або загостренням вже існуючого пошкодження чи патології сосків. Спостереження за матір'ю під час використання молоковідсмоктувача може прояснити причину(и) травми (наприклад, неправильне прилягання фланця, надмірне зціджування під високим тиском або тривале зціджування).

Дерматози

Дерматози молочної залози, такі як екзематозні стани або (рідше) псоріаз та хвороба Педжета молочної залози можуть бути причиною болю в сосках та/або молочних залозах у жінок, які годують груддю. При будь-якому з цих захворювань може бути вторинне інфікування золотистим стафілококом, що викликає імпетигозні зміни, такі як мокнуття, жовті кірочки та пухирці.⁽¹⁸⁾ (III)

1. Екзематозні стани

Ці стани можуть вражати будь-яку ділянку шкіри, але найчастіше спостерігаються на ареолі та навколо неї у жінок, які годують груддю. Увага до локалізації подразнення та ураження шкіри може допомогти виявити основну причину/ тригер. Екзематозні висипання значно варіюються.

- *Атопічний дерматит (екзема)*: Цей стан виникає у жінок з атопічною схильністю і може бути спровокований подразниками шкіри та іншими факторами, такими як погода та зміна температури.⁽¹⁹⁾

- *Контактний дерматит*, спричинений подразниками. Найпоширеніші подразнюючі фактори: тертя, дитячі (пероральні) ліки, їжа прикорму (яку споживає немовля), прокладки для грудей, пральні порошки, сушарки для білизни, пом'якшувачі для тканин, ароматизатори та креми, що використовуються при запаленні сосків.⁽¹⁸⁾

- *Алергічний контактний дерматит*: Найпоширеніші збудники алергічного контактного дерматиту: ланолін, антибіотики (місцево), ромашка, вітаміни А і Е та ароматизатори.^(18,20) (III)

2. **Псоріаз** Загострення можуть виникати під час лактації спорадично (зазвичай через 4-6 тижнів після пологів)⁽²¹⁾ (III) або як реакція на пошкодження, травмування шкіри при зціджуванні, смоктанні або кусанні.

3. **Хвороба Педжета молочної залози** (хвороба Педжета соска). Частіше зустрічається у жінок в постменопаузі (60-80% випадків), але спостерігається і у молодших жінок. Ця повільно зростаюча внутрішньопроотокова карцинома імітує екзему соска. Одностороння, повільно прогресуюча екзема соска, яка починається на поверхні соска, не піддається звичайному лікуванню, зберігається довше 3 тижнів або пов'язана з утворенням, що пальпується, повинна підвищити підозру на хворобу Педжета.⁽¹⁸⁾ Іншими ознаками, що узгоджуються з діагнозом, є виразка, волога еритема, везикули та/або гранульовані ерозії.⁽²²⁾ (II-2) Необхідно провести біопсію шкіри та скерувати пацієнта на спеціалізоване лікування.

Інфекції

Хоча в ряді досліджень були зроблені спроби визначити, який мікроб може викликати постійний біль у сосках/грудях під час лактації, роль бактерій та

грибків залишається незрозумілою. Як *Staphylococcus spp.*, так і *Candida* можуть бути виявлені на сосках і в грудному молоці жінок без симптомів.⁽²³⁾ (II-2) Додаткові теорії припускають роль ознак вірулентності, які роблять виявлення та елімінацію потенційних збудників надзвичайно складними. До них відносяться утворення біоплівки, що складається з одних лише бактерій ^(24,25) (III, III дослідження на тваринах/in vitro) або змішаних видів мікроорганізмів або змішаних видів *Staphylococcus sp.* та *Candida*,^{26,27} (III, III дослідження на тваринах/in vitro), а також внутрішньоклітинне інфікування дрібними колоніальними варіантами.²⁸ (III тварини/дослідження in vitro)

1. Бактеріальна інфекція:

- Поверхнева бактеріальна інфекція на фоні травми шкіри: Інфекція, вторинна по відношенню до пошкодженої шкіри, особливо навколо сосково-ареолярного комплексу, є поширеним явищем. Імпетиго та целюліт можуть виникати самостійно або одночасно з основним дерматитом.⁽¹⁸⁾
- Бактеріальний дисбактеріоз та інфекція молочної протоки: Бактеріальний надлишок у поєднанні з біоплівкою, утвореною бактеріями (можливо, в поєднанні з *Candida spp.*) може призвести

до звуження молочних проток та запалення епітелію. (III) Відносно постійний, тупий, глибокий ниючий біль в обох грудях характерний для цього запалення, а також болючість при пальпації при обстеженні молочних залоз.⁽²⁹⁾ (II-3) Виділення молока та його відходження викликають підвищений тиск і різкий стріляючий біль під час зцідження молока та грудного вигодовування. Рецидивуючі закупорка проток, нагрубання та надлишок молока, а також тріщини та розриви сосків також можуть бути пов'язані з цим станом.⁽³⁰⁾ (III)

Фактори схильності до розвитку дисбактеріозу та інфекції протоків, включають в себе наступні:

- Наявність в анамнезі подібних симптомів під час попередніх лактацій ⁽²⁹⁾
 - Попередні епізоди гострого маститу
 - Тріщини або пошкодження сосків ⁽²⁹⁾
 - Нещодавнє лікування протигрибковими препаратами та/або антибіотиками.
- Розумне використання антибіотиків заохочується, і тому обстеження повинно включати наступне ⁽²⁹⁾ (Таблиця 2):
- Посіви з сосків та грудного молока
 - Посів з рани за наявності тріщини/розриву

Таблиця 2: Культуральні методи (соски, грудне молоко) (III)

Методи для посіву ⁵⁹

Для всіх культур переконайтеся, що особа, яка збирає зразок, має чисті руки і одягнуті рукавички, а також, що зразок правильно промаркований (з правого або лівого боку) і транспортується належним чином.

Мазок з соска (неушкоджена шкіра)

Змочіть кінчик сухого тампона в живильному середовищі пробірки.

Проведіть тампоном зигзагоподібними рухами (досягаючи 10 різних точок) по ареолі (уникайте торкання тампона до шкіри молочної залози).

Замініть тампон у культуральній пробірці (тримачі для тампонів).

Промаркуйте культуральну рідину етикеткою пацієнта та стороною соска (лівий або правий).

Повторіть для контралатерального соска.

Посів з тріщини соска/ареоли або відкритої рани

Висушіть рану: Змочіть кінчик тампона в живильному середовищі.

Обертайте тампон у рані протягом 5 секунд.

Помістіть тампон в культуральне середовище.

Посів молока

Запитайте пацієнтку, чи бажає вона зціджувати молоко самостійно або щоб це зробив медичний працівник.

Очищення соска

Перед зцідженням покладіть рушник на коліна пацієнтки.

Перед зцідженням молока зволожите сосок стерильним фізіологічним розчином.

Промокніть сосок стерильною марлею після зрошення

Очистіть кожен сосок спиртовою серветкою. Дайте спирту висохнути.

Зніміть рукавички і очистіть руки. Одягніть чисті рукавички.

Розташуйте домінуючу руку у формі літери "С", з подушечками великого і вказівного пальців на відстані 1,5 дюйма позаду соска. Натисніть прямо назад у грудну стінку.

Поверніть великий палець і пальці вперед, щоб зцідити молоко, не торкаючись безпосередньо соска.

Дозвольте першим кільком краплям молока впасти на рушник.

Зцідити 5-10 мл молока у стерильну чашку, не торкаючись чашкою соска.

Повторіть процедуру для протилежної молочної залози.

2. Кандидозна інфекція:

Зв'язок *Candida* з бодем у сосках/грудах залишається суперечливим. Людське молоко не пригнічує ріст *Candida* в грибкових культурах.³¹ (II-2) Деякі автори не виявили кореляції між симптомами та виявленням *Candida spp.*^{32,33} (II-2), тоді як інші виявили^{34,35} (II-2), включаючи одне дослідження з використанням ПЛР-технології.²³ (II-2).

Фактори, які, як вважається, сприяють до розвитку кандидозної інфекції у жінки, включають:

- Схильність до кандидозних інфекцій
- Молочниця в роті немовляти або у підгузниковій зоні
- Нещодавній прийом антибіотиків матері або дитиною

3. Вірусна інфекція

Простий герпес: інфекція простого герпесу (HSV), яка або передує лактації, або набувається від дитини, котру годують грудьми, може інфікувати груди або соски. Інфікування ВПГ шкіри грудей або сосків може призвести до неонатальної передачі під час грудного вигодовування, наражаючи немовля на значний ризик захворюваності та

смертності.³⁶ (III) Оптимальним є посів з пухирців для підтвердження діагнозу. Матері не повинні годувати ураженою груддю, а зціджене молоко слід виливати до загоєння висипань.^{19,37} (III)

Оперізуючий герпес: висипання можуть з'являтися вздовж дерматому, що включає і молочну залозу. Висип часто починається близько до хребта на задній поверхні грудної клітки і мігрує периферично вздовж дерматому до молочної залози. Вплив цих уражень може призвести до вітряної віспи у неімунізованих немовлят. У більшості ситуацій її слід лікувати аналогічно до інфекції простого герпесу, і жінкам не слід годувати грудьми або зцідженим грудне молоко з уражених грудей, поки ураження не заживуть.¹⁹ Немовлятам можна вводити імуноглобулін зостер, якщо це доречно.

Вазоспазм

Вазоспазм проявляється побілінням або зміною кольору соска на багровий, що супроводжується гострим, стріляючим або пекучим бодем.^{38,39} (II-3, II-3) Жінки можуть повідомляти про біль після годування грудьми, після виходу з теплої душу або в умовах низьких температур, наприклад, у відділі заморожених продуктів у продуктовому магазині. Симптоми можуть бути двосторонніми або односторонніми в умовах поточної або минулої травми соска. Деякі матері повідомляють про наявність в анамнезі холодних рук та ніг, наприклад,

необхідність одягати шкарпетки для сну або рукавички в помірну погоду, або офіційний діагноз синдрому Рейно. Жінки, які мають в анамнезі захворювання сполучної тканини, такі як ревматоїдний артрит або попередній діагноз синдрому Рейно належать до групи ризику виникнення вазоспазму соска.

Алодинія/функціональний біль

Алодинія визначається як відчуття болю у відповідь на подразник, такий як легкий дотик, який зазвичай не викликає

біль. Алодинія молочної залози може виникати ізольовано або в контексті інших больових розладів, таких як синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, інтерстиціальний цистит, мігрень, захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) та біль при статевому акті.

Ретельний збір анамнезу для оцінки інших больових розладів важливий для лікування. У літературі, присвяченій хронічному болю, больові розлади асоціюються з катастрофізацією⁴⁰, зниженим психологічним прийняттям,⁴¹ депресією і тривогою, і ці психологічні фактори пов'язані зі зниженням відповіді на лікування.⁴² (II-2) Дані літератури свідчать про те, що матері, які мають алодинію молочної залози, особливо на тлі інших хронічних больових синдромів, можуть отримати користь від психологічної терапії, призначеної для лікування хронічного болю, враховуючи результати досліджень інших хронічних больових станів.⁴³(I)

Інші етіології

1. Рецидивуючі закупорки протоків є дуже поширеним явищем серед жінок, які годують груддю, і можуть бути пов'язані з постійним бодем. Зменшення надмірного вироблення молока має першочергове значення для зменшення закупорки проток. Залежність від зціджування замість годування грудьми може збільшити ризик закупорки через недостатнє дренажування молочної залози. Якщо є почервоніння, слід виключити інфекцію. Слід виключити абсцес, якщо симптоми зберігаються більше 3 днів.

2. Надмірне вироблення молока.

Надлишок молока може викликати постійний біль у грудях та сосках. Матері зазвичай скаржаться на різкий біль у грудях або тупий біль у грудях та болючість грудей, коли груди досить повні. Надлишок молока - дуже поширене явище в перші кілька тижнів після пологів, оскільки організм пристосовується до

потреб немовляти в молоці. Зціджування молока слід звести до мінімуму, оскільки воно може призвести до постійних проблем з надлишком молока.

Рекомендації для подальших досліджень

Існує багато потирич щодо лікування персистоючого болю в грудях.

Необхідні додаткові наукові дослідження щодо оцінки та лікування майже всіх потенційних причин, включаючи інфекцію, невропатичний біль, технологію зціджування молочної залози (наприклад, правильне прилягання захисних щитків до молочної залози), а також тактика щодо вуздечки губ / задньої частини язика.

Відсутня стандартизована оцінка болю в грудях для порівняння досліджень щодо тяжкості та лікування.

Роль центральної больової чутливості та розладів настрою у болю, пов'язаного з грудним вигодовуванням, також потребує подальшого вивчення.

Майбутні дослідження повинні кількісно оцінити материнський настрій, катастрофізацію болю та коморбідні дизаутономії серед жінок з хронічним болем, пов'язаним з грудним вигодовуванням.

Серед фахівців з лактації досі немає єдиної думки щодо того, чи є глибокий ниючий і гострий біль наслідком кандидозної інфекції, дисбактеріозу типових бактерій, присутніх у грудному молоці, або ж він має неінфекційну етіологію.

Блокує годування як лікування надлишку молока також заслугоує на подальше вивчення.

Подальші дослідження необхідні для з'ясування причин постійного болю і розуміння складних взаємодій, притаманних грудному вигодовуванню/лакtaції, включаючи принципи біоплівки.

Українською мовою переклали:

Лідія Бабич (Київ), Анастасія Шелевицька (Київ)

Джерела:

1. Amir LH. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:239–243.
2. Division of Nutrition Physical Activity and Obesity. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Infant Feeding Practices Survey II: Results. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. Available at www.cdc.gov/ifps/results/ch2/table2–37.htm (accessed November 11, 2015).
3. US Department of Health and Human Services. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. Washington (DC): US Preventive Services Task Force. 1996. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed January 4, 2016).

4. Odom E, Li R, Scanlon K, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131: e726–e732.
5. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, et al. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med* 2014;9:56–62.
6. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122 (Suppl 2):S69–S76.
7. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, et al. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:53–58.
8. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, et al. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011;118:214–221.
9. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, et al. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11:5–10.
10. Morland-Schultz K, Hill P. Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:428–437.
11. Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172–176.
12. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suckswallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr* 2003;92:721–727.
13. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489–494.
14. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
15. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027–1033.
16. Wall V, Glass R. Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: Experience from 11 cases. *J Hum Lact* 2006;22: 328–334.
17. Qi Y, Zhang Y, Fein S, et al. Maternal and breast pump factors associated with breast pump problems and injuries. *J Hum Lact* 2014;30:62–72.
18. Barankin B, Gross MS. Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *J Cutan Med Surg* 2004;8:126–130.
19. Schalock P, Hsu J, Arndt K. *Lippincott's Primary Care Dermatology*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp. 29, 146–147, 174–175, 232–236.
20. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, et al. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther* 2013;26: 331–336.
21. Mervic L. Management of moderate to severe plaque psoriasis in pregnancy and lactation in the era of

biologics. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2014;23:27–31.

22. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, Carson WE, 3rd. Paget's disease of the breast: A 33-year experience. *J Am Coll Surg* 1998;187:171–177.

23. Amir LH, Donath SM, Garland SM, et al. Does *Candida* and/or *Staphylococcus* play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open* 2013;3:e002351.

24. von Eiff C, Proctor RA, Peters G. Coagulase-negative staphylococci. Pathogens have major role in nosocomial infections. *Postgrad Med* 2001;110:63–64, 69–70, 73–66.

25. Melchior MB, Vaarkamp H, Fink-Gremmels J. Biofilms: A role in recurrent mastitis infections? *Vet J* 2006;171:398–407.

26. Harriott MM, Noverr MC. *Candida albicans* and *Staphylococcus aureus* form polymicrobial biofilms: Effects on antimicrobial resistance. *Antimicrob Agents Chemother* 2009;53:3914–3922. ABM PROTOCOL 7

27. Adam B, Baillie GS, Douglas LJ. Mixed species biofilms of *Candida albicans* and *Staphylococcus epidermidis*. *J Med Microbiol* 2002;51:344–349.

28. Proctor RA, von Eiff C, Kahl BC, et al. Small colony variants: A pathogenic form of bacteria that facilitates persistent and recurrent infections. *Nat Rev Microbiol* 2006;4:295–305.

29. Eglash A, Plane MB, Mundt M. History, physical and laboratory findings, and clinical outcomes of lactating women treated with antibiotics for chronic breast and/or nipple pain. *J Hum Lact* 2006;22:429–433.

30. Delgado S, Arroyo R, Jimé'nez E, et al. Mastitis infecciosas durante la lactancia: Un problema infravalorado. *Acta Pediatr Esp* 2009;67:77–84.

31. Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009;4:57–61.

32. Graves S, Wright W, Harman R, et al. Painful nipples in nursing mothers: Fungal or staphylococcal? *Aust Fam Physician* 2003;32:570–571.

33. Hale T, Bateman T, Finkelman M, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009;4:57–61.

34. Andrews JI, Fleener D, Messer S, et al. The yeast connection: Is *Candida* linked to breastfeeding associated pain? *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:e421–e424.

35. Francis-Morrill J, Heinig MJ, Pappagianis D, et al. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact* 2004;20:288–295.

36. Parra J, Cneude F, Huin N, et al. Mammary herpes: A little known mode of neonatal herpes contamination. *J Perinatol* 2013;33:736–737.

37. Jaiyeoba O, Amaya MI, Soper DE, et al. Preventing neonatal transmission of herpes simplex virus. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55:510–520.

38. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: A treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e360–e364.

39. Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: An underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol* 2013;149: 300–306.

40. de Boer MJ, Struys MM, Versteegen GJ. Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *Eur J Pain* 2012;16:1044–1052.

41. de Boer MJ, Steinhagen HE, Versteegen GJ, et al. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS One* 2014;9:e87445.

42. Bergbom S, Boersma K, Overmeer T, et al. Relationship among pain catastrophizing, depressed mood, and outcomes across physical therapy treatments. *Phys Ther* 2011;91:754–764.

43. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD007407.

44. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128: 280–288.

45. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.

46. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: A randomized, prospective study. *J Pediatr Surg* 2006;41:1598–1600.

47. Butler DC, Heller MM, Murase JE. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part II. Lactation. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:417.e1–e10.

48. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:459–477.

49. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: A randomized comparative study. *J Hum Lact* 1999;15:241–246.

50. Arroyo R, Martin V, Maldonado A, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: Antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010;50:1551–1558.

51. Ferná'ndez L, Arroyo R, Espinosa I, et al. Probiotics for human lactational mastitis. *Benef Microbes* 2014;5:169–183.

52. Kayama C, Goto Y, Shimoya S, et al. Effects of gentian violet on refractory discharging ears infected with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Otolaryngol* 2006;35:384–386.

53. Dekio S, Kawasaki Y, Jidoi J. Herpes simplex on nipples inoculated from herpetic gingivostomatitis of a baby. *Clin Exp Dermatol* 1986;11:664–666.
54. Thompson AE, Pope JE. Calcium channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: A meta-analysis. *Rheumatology* 2005;44:145–150.
55. Tchivileva IE, Lim PF, Smith SB, et al. Effect of catechol-Omethyltransferase polymorphism on response to propranolol therapy in chronic musculoskeletal pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *Pharmacogenet Genomics* 2010;20:239–248.
56. Kernerman E, Park E. Severe breast pain resolved with pectoral muscle massage. *J Hum Lact* 2014;30:287–291.
57. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: An alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* 2007;2:11.
58. Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, et al. Pseudoephedrine: Effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol* 2003;56:18–24.
59. UNC protocol. UNC School of Medicine at Chapel Hill staff. Health Care Professionals:OB Algorithms:

Breastfeeding: Culture Collection Protocol. 2014. Available at http://mombaby.org/PDF/culture_protocol.2.0.pdf (accessed November 1, 2014).

Протоколи АВМ втрачають чинність через 5 років з дня опублікування.

Доказові перегляди здійснюються протягом 5 років або раніше якщо є значні зміни в доказовій базі.

Протокольний комітет Академії медицини грудного вигодовування:

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson Nancy Brent, MD Maya Bunik, MD, MSPH, FABM Cadey Harrel, MD Ruth A Lawrence, MD, FABM Kathleen A. Marinelli, MD, FABM Sarah Reece-Stremtan, MD Casey Rosen-Carole, MD, MPH Tomoko Seo, MD, FABM Rose St. Fleur, MD Michal Young, MD

Для кореспонденції: abm@bfmed.org