

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. Клінічне обстеження молочних залоз.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2023 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до практичних занять
з вибіркової дисципліни

Факультет медичний, 5 курс

Вибіркова дисципліна **"СИМУЛЯЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ З АКУШЕРСТВА
ТА ГІНЕКОЛОГІЇ"**.

Практичне заняття №1. "Клінічне обстеження молочних залоз".

Методична розробка практичного заняття, ОПШ «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна «Симуляційний тренінг з акушерства та гінекології».

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. Клінічне обстеження молочних залоз.

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 28 серпня 2023 року.

Завідувач кафедри  (Ігор ГЛАДЧУК)

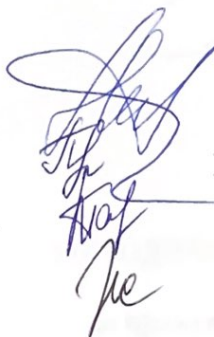
Розробники

к. мед. н., доцент

к. мед. н., доцент

к. мед. н., асистент

к. мед. н., асистент



Шитова Г.В.

Павловська О.М

Тарновська Г.П.

Жовтенко Л.В.

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна «Симуляційний тренінг з акушерства та гінекології».

Практичне заняття №1

Тема: "Клінічне обстеження молочних залоз".

Мета. Вивчити алгоритм клінічного обстеження молочних залоз. Оволодіти практичними навичками пальпації молочних залоз. Вміти скласти алгоритм обстеження в залежності від віку жінки, скарг та анамнезу. Вміти інтерпретувати результати ультразвукового та рентгенологічного обстеження молочних залоз.

Основні поняття: види клінічного обстеження молочних залоз, техніка пальпації молочних залоз. Показання до ультразвукового дослідження молочних залоз та мамографії. Доброякісні та злоякісні утворення молочних залоз. Класифікація BI-RADS.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, моделі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних обстежень, ситуаційні задачі, пацієнти, клінічні випадки.

НАВЧАЛЬНИЙ ЧАС - 4 год

1. організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, оголошення теми, мети уроку, мотивація учнів до вивчення теми).

Рак молочної залози - це злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози. Це найпоширеніша форма раку у жінок. Кількість випадків захворювання на рак молочної залози зростає з кожним роком.

Близько півмільйона жінок у всьому світі щороку помирають від цього захворювання. У 2020 році в Україні було зареєстровано 12 824 нових випадки раку молочної залози, з них 88 - чоловіки, решта - жінки. Рання діагностика, тобто на 1-2 стадії захворювання, збільшує шанси на повне одужання зі значно меншими зусиллями. Однак, коли хвороба на 3 або 4 стадії, лікування більш агресивне, процес набагато довший. Кожній четвертій жінці діагностують рак молочної залози вже на III-IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується.

Варто зазначити, що статистика останніх років свідчить про те, що відсоток людей, які виживають від раку молочної залози, зростає. Смертність знижується завдяки ранній діагностиці та оптимальному методу застосування комплексної терапії.

2. Контроль вихідного рівня знань (письмова робота, письмовий тест, онлайн-тест, співбесіда тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

Вимоги до знань:

- Комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнтів.
- Вміння визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Вміння встановити попередній та клінічний діагноз захворювання
- Виконувати медичні маніпуляції
- Можливість вести медичну документацію

Перелік дидактичних одиниць:

- Види клінічного обстеження молочних залоз
- Алгоритм пальпації молочної залози
- Самообстеження молочних залоз
- Доброякісні та злоякісні пухлини молочних залоз.
- Ультразвукове дослідження молочних залоз .
- Рентгенологічне дослідження молочних залоз.
- Лікування доброякісних утворень молочної залози
- Лікування злоякісних новоутворень молочної залози.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань з теми заняття.

Питання:

1. Клінічна анатомія молочної залози
2. Класифікація доброякісних утворень молочної залози.
3. Класифікація раку молочної залози.
4. Зміни в молочній залозі під час вагітності та лактації.
5. Методи обстеження та діагностики новоутворень молочної залози.
- 6 . Сучасне ведення жінок з патологією молочної залози.

Ситуаційні завдання

- 65-річну жінку обстежують зі скаргами на швидко прогресуючу еритему, набряк, ущільнення та теплоту в лівій молочній залозі. Пацієнтка заперечує наявність лихоманки, ознобу або нудоти. В анамнезі - добре контрольована артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу та гіпотиреоз, з приводу якого вона приймає амлодипін, інсулін та левотироксин. Пацієнтка проходить онкологічний скринінг відповідно до віку під наглядом свого основного лікаря. При фізикальному обстеженні ліва молочна залоза більша за праву. Шкіра над нею потовщена, а ліва молочна залоза виглядає набряклою.

Пальпаторно не визначається ущільнення або регіонарної лімфаденопатії. Пацієнтка не має сімейного анамнезу раку молочної залози. Який наступний крок у веденні цієї пацієнтки є найкращим?

Відповідь. Двостороння мамографія.

У цієї пацієнтки підозра на рак молочної залози, що викликає занепокоєння.

Найкращим наступним кроком буде виконати двосторонню мамографію з подальшим ультразвуковим дослідженням.

Якщо рентгенологічні дані відповідають раку молочної залози, наступним кроком буде консультація хірурга.

Диференційна діагностика проводиться з бактеріальним маститом який зазвичай вражає жінок, які годують груддю. Він також може розвинути у пацієнток після пірсингу сосків. У пацієнток зазвичай підвищується температура, а шкіра над молочною залозою стає тонкою, набряклою та еритематозною.

3. Формування професійних умінь і навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторних досліджень тощо).

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Студенти групи діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній. Ми працюємо в жіночих консультаціях з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

А підгрупа - для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічної пацієнтки.

Підгрупа III - оцінює правильність відповіді підгруп I та II та вносить свої корективи.

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних навичок і вмінь тощо).

Вступ

У жінок рак молочної залози посідає перше місце за захворюваністю та смертністю серед усіх видів раку. Це найпоширеніший нешкірний рак і другий за смертністю рак у жінок. Теоретично, діагностика пухлин на ранніх стадіях повинна знизити смертність; однак, дуже важливо враховувати часовий фактор. Проблемним питанням є визначення того, хто повинен проходити скринінг. Можуть існувати повільно зростаючі пухлини, які не стають клінічно очевидними протягом життя пацієнта. Тому стратифікація ризику, вік початку скринінгу та вік припинення скринінгу мають вирішальне значення для належного скринінгу раку молочної залози. Останнім часом замість того, щоб зосереджуватися на розмірі та поширеності пухлини для визначення терапії, основна увага приділяється визначенню біологічних характеристик, які можуть допомогти у прогнозуванні та плануванні лікування.

Методи скринінгу такі:

- Пальпація молочних залоз може проводитися під час клінічного обстеження молочних залоз та самообстеження молочних залоз.
- Методи візуалізації молочної залози, такі як мамографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна томографія (МРТ) та цифровий томосинтез молочної залози (ЦТМ)

Багато численних рандомізованих досліджень дійшли висновку, що рутинну скринінгову мамографію слід пропонувати жінкам у віці від 50 до 69 років, а не жінкам у віці від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Виявлення генетичних мутацій, збільшення ризику раку молочної залози та розробка моделей прогнозування ризику раку молочної залози стимулювали ретельні зусилля з розробки методів скринінгу для стратифікації ризику. Для жінок з високим ризиком, на додаток до мамографії, в якості методів скринінгу вивчаються ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна томографія (МРТ) молочної залози. Обговорення включатиме стратифікацію ризику та варіанти лікування жінок з генетичною схильністю до раку молочної залози. Окремо обговорюється спостереження за жінками, які мають особистий анамнез раку молочної залози.

Анатомія та фізіологія

Зріла молочна залоза дорослої людини складається зі шкіри, підшкірної клітковини, епітеліального та стромального компонентів. Епітеліальний компонент складається з розгалужених протоків, які з'єднують структурні та функціональні одиниці молочної залози, відомі як часточки, з соском. Стромальний компонент становить більшу частину об'єму молочної залози у нелактуючих жінок і складається з фіброзної та жирової тканини. Тканина молочної залози простягається від 2 і 6 ребер по вертикалі і від краю грудини до

середньої пахвової лінії по горизонталі. Частина тканини молочної залози виступає в пахвову западину і відома як пахвовий хвіст Спенса. Шкіра молочної залози тонка і містить сальні залози, екзокринні потові залози та волосяні фолікули. Сосок позбавлений волосяних фолікулів і містить велику кількість сенсорних нервових закінчень, а також сальні та апокринові залози. Ареола, розміром від 16 до 60 мм, має майже круглу форму і підвищену пігментацію. На периферії ареоли є підвищення, які утворюються внаслідок відкриття проток залоз Монтгомері, які є великими сальними залозами і відомі як горбки Морганьї. Залози Монтгомері являють собою стадію між потовими та молочними залозами. Груді вкриті поверхневою грудною фасцією, яка продовжується поверхневою черевною фасцією Кампера. Знизу груди вкриті глибокою грудною фасцією, яка покриває великий грудний м'яз і передній зубчастий м'яз. Два фасціальні шари, що покривають тканину молочної залози, з'єднані волокнистими смугами, відомими як підвісні зв'язки Купера, які забезпечують природну підтримку грудей. Більша частина загального кровопостачання молочної залози надходить з внутрішніх молочних судин. Сенсорна іннервація відбувається переважно від передньолатеральних та передньомедіальних гілок грудних міжреберних нервів Т3 - Т5. Вона також забезпечується нижніми волокнами від надключичних нервів шийного сплетення.

Показання

У 2015 році Американське онкологічне товариство (ACS) рекомендувало:

- Жінки із середнім ризиком повинні проходити регулярну скринінгову мамографію, починаючи з 45 років (наполеглива рекомендація).
- Жінки у віці від 45 до 54 років повинні проходити скринінг щорічно, а жінки 55 років і старше можуть проходити скринінг раз на два роки або щорічно.
- Надавати жінкам у віці від 40 до 44 років можливість вибору щодо щорічного проходження мамографії.
- Рутинні стратегії скринінгу не рекомендуються жінкам віком від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Однак, у співпраці з мамографією, МРТ молочної залози вивчалася як важливий метод скринінгу для жінок з високим ризиком і жінок з щільними грудьми. Рекомендується продовжувати скринінгову мамографію жінкам, які мають очікувану тривалість життя до десяти років і гарний стан здоров'я в цілому.

Цільова група превентивних служб США (USPSTF)

Вона рекомендує проводити мамографію раз на два роки жінкам у віці від 50 до 74 років. Для вікової групи від 40 до 49 років можна розглянути

можливість групового скринінгу після обговорення та оцінки ризиків і переваг цього тесту з лікарем.

ВООЗ

Вона рекомендує проводити мамографічний скринінг раз на два роки для жінок у віці від 50 до 69 років у забезпечених ресурсами умовах.

Американський коледж акушерів-гінекологів

Вона рекомендує проводити скринінгову мамографію двічі на рік після 55 років, що запобігає шкоді, якщо пацієнтка про це поінформована.

USPSTF і ACS помітно відрізняються в рекомендаціях щодо клінічних обстежень молочних залоз (КМО). ACS не рекомендує їх, тоді як USPSTF рекомендує проводити клінічне обстеження молочних залоз з мамографією у жінок із середнім ризиком розвитку раку молочної залози.

Група експертів Національної комплексної онкологічної мережі (NCCN) рекомендує жінкам із середнім ризиком захворювання у віці від 25 до 39 років проходити клінічне обстеження, консультування щодо зниження ризику та клінічне обстеження молочних залоз кожні 1-3 роки. Їм також слід рекомендувати негайно повідомляти про будь-які зміни в грудях своєму лікарю.

Протипоказання

При скринінгу молочної залози слід дотримуватися певних застережних заходів, враховуючи вік жінки. Нові рекомендації Американської колегії лікарів застерігають, що починаючи з 40 років жінки середнього ризику без симптомів повинні обговорити зі своїм лікарем переваги, особисті уподобання та потенційну шкоду скринінгу раку молочної залози за допомогою мамографії до досягнення 50-річного віку.

Клінічний скринінг молочних залоз не рекомендується незалежно від віку для жінок середнього ризику. Скринінг для жінок у віці 75 років і старше або з очікуваною тривалістю життя 10 років і менше слід припинити.

Обладнання

Мамографія - це низькодозований рентгенівський метод для детальної візуалізації молочної залози. Це найкращий популяційний метод для скринінгу. Він може продемонструвати мікрокальцинати розміром менше 100 мікрометрів, що робить його здатним виявити ураження до того, як вони стануть відчутними. Мамографія може проводитися у двох формах: скринінгова та діагностична. Пацієнтки, які мають сімейний або особистий анамнез раку молочної залози, потребують додаткового обстеження при діагностичній/скринінговій мамографії.

Системи звітності та даних візуалізації молочної залози використовуються для того, щоб керувати правилами діагностики раку молочної залози. Вони включають рівні категоризації для інтерпретації уражень молочної залози в

стандартизованому форматі серед радіологів. Однак більшість скринінгових мамограм показують відсутність ознак раку при подальшому дослідженні, 1-2% виявляють аномалії, що потребують біопсії. Більшість (80%) з них є доброякісними утвореннями.

Підрахунок балів BI-RADS:

- 0-Потрібна додаткова інформація. Може знадобитися ще одна мамографія.
- 1 - без відхилень. Продовжуйте рутинний скринінг.
- 2 - Доброякісні захворювання молочної залози, такі як кісти. Продовжуйте регулярний скринінг.
- 3 - Виявлено щось, що, ймовірно, не є раком. Повторна мамографія протягом наступних шести місяців.
- 4 - підозра на рак. Може знадобитися біопсія.
- 5 - Висока ймовірність раку. Потрібна біопсія.

Цифрову мамографію краще застосовувати для діагностики раку молочної залози в щільних молочних залозах. Також може використовуватися томосинтез або 3D-мамографія, що покращує здатність виявляти ракові пухлини найменших розмірів і зменшує ймовірність хибнопозитивних результатів.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) у всьому світі вища за вартістю, ніж мамографія. Скринінгова МРТ вважається менш специфічною, але більш чутливою, ніж мамографія, для виявлення інвазивного раку у жінок з високим ризиком.

Застосування термографії ґрунтується на факті підвищеної температури шкіри молочної залози над раком молочної залози.

Ультразвук зазвичай використовується для того, щоб дізнатися більше про позитивний результат клінічного обстеження або скринінгової мамографії на діагностичному фронті. Він має обмежене застосування як скринінговий метод через різні фактори, включаючи нездатність виявити мікрокальцифікати та низьку специфічність.

Щорічна мамографія та МРТ, а іноді і кожні 6 місяців, необхідні жінкам з мутаціями гена *BRCA*, обтяженим сімейним анамнезом раку молочної залози та попередньою променевою терапією грудної клітки.

Оскільки пацієнтка іноді може сама виявити рак молочної залози, вона повинна бути не тільки проінформована та поінформована про самообстеження молочної залози, але й проінструктована про необхідність повідомляти медичного працівника про будь-які зміни в молочній залозі.

Медичні працівники повинні проводити скринінг та консультування безсимптомних пацієнок, які мають сімейний анамнез раку BRCA. Генетичні консультанти та команда повинні проводити оцінку для забезпечення генетичного тестування після отримання інформованої згоди.

Підготовка

Історія пацієнтки - особиста та сімейна - повинна періодично оцінюватися медичними працівниками. Це повинно включати фактори ризику, попередні біопсії та їх результати, радіаційне опромінення, а також сімейний анамнез раку молочної залози. Ідентифікація жінок, які отримують користь від генетичного консультування, є дуже важливою. Для оцінки та стратифікації жінок з високим ризиком використовується модель Gail.

Згідно з новими дослідженнями, самосвідомість щодо грудей підвищується. Самосвідомість грудей визначається зовнішнім виглядом і відчуттям грудей жінки, здатністю помітити будь-які зміни в грудях і повідомити про них лікаря первинної медичної допомоги; однак при самообстеженні грудей необхідно регулярно і систематично обстежувати груди, як і при самообстеженні.

Техніка

Методи візуалізації для скринінгу раку молочної залози є найкращими та найбільш прийнятними з точки зору чутливості та специфічності, беручи до уваги ускладнення та шкоду для скринінгової популяції. Іншими методами є самообстеження молочних залоз та клінічне обстеження молочних залоз. Серед методів візуалізації найбільш прийнятною є мамографія. Інші широко використовувані методи - ультразвукове дослідження та МРТ.

Методи скринінгу, такі як мамографія, є найбільш ефективними, коли використовуються цільові стратегії скринінгу, що враховують вік та інші критерії, такі як гормональний вплив, сімейний анамнез та фактори ризику, такі як радіація, ожиріння та генетика.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) проводиться шляхом внутрішньовенного введення контрастної речовини, що підвищує здатність відмежовувати нормальну молочну залозу від патологічних утворень.

Ускладнення

Метод мамографічного скринінгу не є точним. Дані свідчать про те, що він може бути менш чутливим у виявленні раку в мамографічно щільній тканині молочної залози. Мамографія може давати хибнонегативні результати, що призводить до пропуску раку, коли він присутній.

Додаткове лікування пов'язане зі скринінгом, який може виявитися неефективним і непотрібним. Ті, хто пройшов скринінг, мають більше шансів отримати хірургічну та променеву терапію.

А лікування може завдати шкоди економічно, психологічно, фізично або продуктивно. Існує невизначеність в оцінці очікуваної тривалості життя, а також зменшення очікуваної тривалості життя, скоригованої на якість, через гіпердіагностику.

Залежно від віку початку, частоти та припинення скринінгу, загальне опромінення протягом життя зростає, оскільки жінки отримують близько 3,7 мГр за одну цифрову мамографію. Таким чином, підвищується ризик розвитку раку молочної залози, спричиненого опроміненням, на 125 випадків на 100 000 жінок у віці від 40 до 74 років. А отже, збільшується кількість смертей через скринінг раку молочної залози.

Ультрасонографія, як правило, вважається дуже залежним від оператора методом і додатковим скринінговим тестом, який вимагає кваліфікованого лікаря, якісного обстеження та найсучаснішого обладнання. З огляду на результати цих досліджень, проспективне багаточентрове дослідження з вивчення ролі цього методу візуалізації в скринінгу раку молочної залози є виправданим.

Клінічне значення

Вік не повинен бути єдиним вирішальним фактором для припинення або продовження скринінгу раку молочної залози. При плануванні скринінгу молочної залози залежно від віку слід враховувати комбінації та збалансований огляд усіх факторів ризику та щільності молочних залоз. Чутливість і специфічність мамографії стають вищими з віком у порівнянні з молодими жінками.

Щільні молочні залози мають високу ймовірність розвитку раку молочної залози. Хоча мамографія знижує чутливість виявлення раку молочної залози у жінок з щільними грудьми, можна використовувати інші стратегії скринінгу, такі як МРТ та УЗД.

Помічено, що рак молочної залози у жінок швидко розвивається, і мамографія не може бути дуже корисною з точки зору скринінгу. Бажано обговорювати питання скринінгу раку молочної залози з усіма жінками, починаючи з 40 років, і вести належну документацію. Згідно з новими настановами, лише вік не повинен бути визначальним фактором для припинення скринінгу. Жінки із середнім ризиком розвитку раку молочної залози повинні продовжувати скринінгову мамографію молочної залози

щонайменше до 75 років. При цьому слід враховувати загальний стан здоров'я та очікувану тривалість життя.

Ранній вік початку та використання МРТ та/або УЗД може бути розглянутий для жінок, які мають родичів першого ступеня спорідненості з раком молочної залози. Жінкам, які є носіями мутації BRCA, рекомендується поєднання щорічної МРТ молочної залози та мамографії для виявлення раку молочної залози.

Покращення результатів роботи медичної команди

Скринінг раку молочної залози є складною і комплексною сферою клінічної та профілактичної медицини. Первинна ланка охорони здоров'я відповідає не лише за належний скринінг і правильний збір анамнезу, але й за здатність знати і знаходити притаманні фактори ризику, які можуть призвести до дисбалансу користі, отриманої від скринінгу. Необхідно враховувати вік і щільність грудей, надавати належне консультування пацієнткам з генетичною та сімейною схильністю, а також шукати підхід на основі спільної думки.

З точки зору діагностики, знання, навички та вміння лікарів-рентгенологів, а також технічного та середнього медичного персоналу рекомендується використовувати для підтримки та отримання необхідної інформації, щоб доповнити процес скринінгу, зменшуючи ймовірність хибнопозитивних та хибнонегативних результатів.

Скоординований та спільний підхід міжпрофесійної команди підвищить ймовірність встановлення діагнозу за допомогою скринінгових методів та збагатить медичну допомогу пацієнтам.

Breast Cancer Screening Guidelines for Women

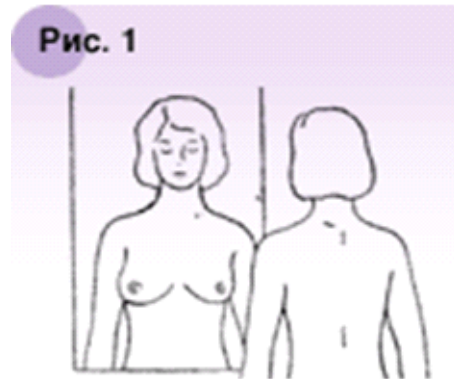
	U.S. Preventive Services Task Force ^{1,2}	American Cancer Society ³	American College of Obstetricians and Gynecologists ^{4,5,6}	International Agency for Research on Cancer ⁷	American College of Radiology ^{8,9}	American College of Physicians ¹⁰	American Academy of Family Physicians ¹¹
Women aged 40 to 49 years with average risk	The decision to start screening with mammography in women prior to age 50 years should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening once every two years between the ages of 40 and 49 years.	Women aged 40 to 44 years should have the choice to start breast cancer screening once a year with mammography if they wish to do so. The risks of screening as well as the potential benefits should be considered. Women aged 45 to 49 years should be screened with mammography annually.	After counseling and if an individual desires screening mammography may be offered once a year or once every two years and clinical breast exams may be offered once a year. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling.	There is limited evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality in women 40-49 years of age.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should discuss whether to screen for breast cancer with mammography before age 50 years. Discussion should include the potential benefits and harms and a woman's preferences. The potential harms outweigh the benefits in most women aged 40 to 49 years.	The decision to start screening with mammography should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening.
Women aged 50 to 74 years with average risk	Screening with mammography once every two years is recommended. The evidence is insufficient to assess the additional benefits and harms of clinical breast examination.	Women aged 50 to 54 years should be screened with mammography annually. For women aged 55 years and older, screening with mammography is recommended once every two years or once a year. Women aged 55 years and older should transition to biennial screening or have the opportunity to continue screening annually. Among average risk women, clinical breast examination to screen for breast cancer is not recommended.	Screening with mammography is recommended once a year or once every two years. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling. Clinical breast exams may be offered annually. Clinical breast exams should be offered in the context of a shared, informed decision-making approach that recognizes the uncertainty of additional benefits and harms of clinical breast examination beyond screening mammography.	There is sufficient evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality to an extent that it substantially outweighs the risk of radiation-induced cancer from mammography. There is inadequate evidence that clinical breast examination reduces breast cancer mortality. There is sufficient evidence that clinical breast examination shifts the stage distribution of tumors detected toward a lower stage.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should offer screening with mammography once every two years. In average-risk women of all ages, clinicians should not use clinical breast examination to screen for breast cancer.	Screening with mammography is recommended once every two years. Current evidence is insufficient to assess the benefits and harms of clinical breast exams.

Алгоритм обстеження молочних залоз

Етап 1:

Пацієнтка стоїть з вільно опущеними руками. Уважно огляньте кожну залозу. Перевірте, чи немає змін у розмірі, формі, контурах молочної залози (одна залоза може бути трохи більшою, це нормально). Зверніть увагу на симетричність обох залоз, чи розташовані залози на одному рівні, чи рівномірно вони зміщуються при піднятті і закладенні рук за голову, нахилах, поворотах вправо і вліво. Чи немає фіксації або зміщення однієї із залоз в сторону?

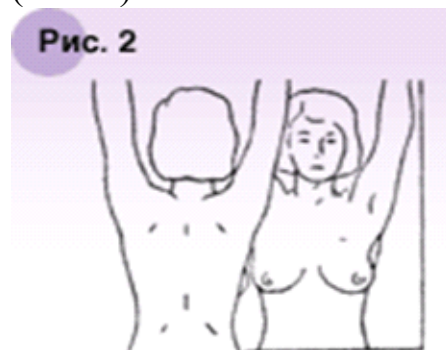
Жінка повинна щомісяця робити такий же самоаналіз, дивлячись у дзеркало (рис. 1).



Стадія 2:

Пацієнтка піднімає руки вгору -

ще раз оглянути молочні залози по черзі, звертаючи увагу на їх зміщення вгору, в сторони або вниз; зміну форми з утворенням збільшення, втягнення, втягування шкіри або соска; появу крапель рідини з соска під час цих рухів (мал. 2)



Стадія 3:

У положенні "стоячи" - проводиться так звана поверхнева пальпація, коли подушечки пальців не проникають в товщу залози, що дає можливість виявити невеликі утворення, розташовані безпосередньо під шкірою. Потім проводиться глибока пальпація, коли подушечками пальців послідовно досягають ребер. Пальпацію слід проводити від ключиці до нижнього краю ребер і від грудини до пахвової лінії, включаючи пахвову область, де можна виявити збільшені лімфатичні вузли (рис. 3)

Рис. 3



Стадія 4:

Проведення "кругової" пальпації молочних залоз у положенні пацієнтки стоячи. Рекомендується починати пальпацію із зовнішнього верхнього квадрата, далі - круговими рухами за годинниковою стрілкою.

П'ята стадія:

Промаячайте молочні залози в положенні "лежачи на спині".

Це найважливіша частина огляду, адже тільки так можна належним чином обстежити всі тканини. При цьому зверніть увагу, які молочні залози можна промацати під пальцями.

Пальпація проводиться лежачи на відносно твердій, рівній поверхні; можна підкласти валик або тверду подушку під досліджувану залозу, витягнути руку вздовж тіла або завести її за голову. (Рис. 4)

Рис. 4



Пропонується два способи пальпації:

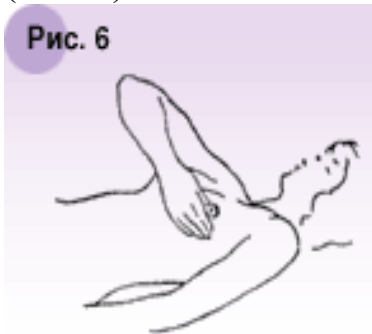
- Метод квадратів, коли вся поверхня передньої грудної стінки від ключиці до реберного краю і молочної залози умовно ділиться на невеликі квадрати. Огляд проводиться послідовно в кожному квадраті зверху вниз, як по сходах. (Рис. 5)

Рис. 5



2. Спіральний метод, коли огляд молочної залози проводиться по спіралі у вигляді концентричних кіл, починаючи від пахової западини до соска. Подушечками пальців роблять кругові рухи, просуваючись у напрямку соска. (мал. 6)

Рис. 6



Промаячайте пахові лімфовузли

Етап 6: Огляд соска

При огляді сосків необхідно визначити, чи немає змін їх форми і кольору, чи не втягнуті вони. Чи немає намокання, ранок або тріщин. Необхідно промацати сосок та інфрамаммарну ділянку. Ця зона у жінок досить чутлива і у деяких супроводжується еротичними або неприємними відчуттями.

На завершення потрібно обережно взяти сосок великим і вказівним пальцями і натиснути на нього, відзначаючи при цьому характер виділень з нього або їх відсутність. (мал. 7)

Рис. 7



Навчіть жінку щомісяця проводити самообстеження молочних залоз:
З 10 виявлених змін у молочній залозі - 9 виявляють самі жінки, адже ніхто краще за них не знає стан своїх молочних залоз. Більшість виявлених змін у молочній залозі є доброякісними.

Обстеження краще проводити в один день з менструальним циклом, оскільки протягом місяця відбуваються зміни в розмірі та структурі молочних залоз. Найкращий час - через тиждень після початку менструації, коли молочна залоза знаходиться в розслабленому стані, а при настанні менопаузи - в один і той же день кожного календарного місяця.

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінка виконання практичних навичок, вирішення ситуаційних клінічних задач, оцінка активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань за темою заняття:

- Методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
- максимальний бал - 5, мінімальний бал - 3, незадовільна оцінка - 2.

2. Оцінювання практичних навичок та маніпуляцій за темою заняття:

- методи: оцінка правильності виконання практичних навичок;
- максимальний бал - 5, мінімальний бал - 3, незадовільна оцінка - 2.

3. Оцінювання роботи з пацієнтом за темою заняття:

- методи: оцінка: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильності призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму диференціальної діагностики, г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
- максимальний бал - 5, мінімальний бал - 3, незадовільна оцінка - 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

"5"	здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в
-----	---

	обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, впевнено демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює власну думку з теми, демонструє клінічне мислення.
"4"	здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює власну думку з теми, демонструє клінічне мислення.
"3"	здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень зі значними помилками.
"2"	здобувач зовсім не володіє матеріалом, не бере участі в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичних навичок під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Рекомендована література

- Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ ІV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
- Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.

- Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 3. Неоперативна гінекологія: підручник (ВНЗ ІV р.а.) / В.М. Запорожан, І.Б. Вовк, І.Ю. Гордієнко та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 928 с.
- Сенчук А.Я., Венцківський Б.М., Чермак І.І. Керівництво по практичним навичкам в акушерстві та гінекології. Одеса ТЕС, 2012. - 466 с.
- Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекологі

Додаткова:

- Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
- Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
- Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

13. Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
- <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
- <https://www.uptodate.com> – UpToDate
- <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
- <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
- <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
- <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
- <http://moz.gov.ua/> – **Міністерство охорони здоров'я України**
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

- [www](http://www.who.int/) HYPERLINK "http://www.who.int/". HYPERLINK
["http://www.who.int/who](http://www.who.int/who) HYPERLINK "http://www.who.int/". HYPERLINK
["http://www.who.int/int](http://www.who.int/int) – Всесвітня організація охорони здоров'я
- [www](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) HYPERLINK "http://www.dec.gov.ua/mtd/home/". HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) dec HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/). HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) gov HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/). HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/ua](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/ua) HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/"/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/mtd](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/mtd) HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/"/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/home](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/home) HYPERLINK
["http://www.dec.gov.ua/mtd/home/"/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) - Державний експертний центр МОЗ України
- [http](http://bma.org.uk/) HYPERLINK "http://bma.org.uk/":// HYPERLINK
["http://bma.org.uk/bma](http://bma.org.uk/bma) HYPERLINK "http://bma.org.uk/". HYPERLINK
["http://bma.org.uk/org](http://bma.org.uk/org) HYPERLINK "http://bma.org.uk/". HYPERLINK
["http://bma.org.uk/uk](http://bma.org.uk/uk) – Британська медична асоціація
- www.gmc-uk.org- *General Medical Council (GMC)*
- [www](http://www.bundesaerztekammer.de/) HYPERLINK "http://www.bundesaerztekammer.de/". HYPERLINK
["http://www.bundesaerztekammer.de/bundesaerztekammer](http://www.bundesaerztekammer.de/bundesaerztekammer) HYPERLINK
["http://www.bundesaerztekammer.de/](http://www.bundesaerztekammer.de/). HYPERLINK
["http://www.bundesaerztekammer.de/de](http://www.bundesaerztekammer.de/de) – Німецька медична асоціація
- www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я