

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. «Патологія молочних залоз»

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет
Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, 6 курс

Вибіркова дисципліна «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»

Практичне заняття №1. Тема: «Патологія молочних залоз»

Методичні рекомендації до практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Навчальна дисципліна "Акушерство та гінекологія в практиці сімейного лікаря".

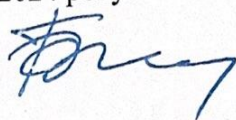
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. «Патологія молочних залоз»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 29 серпня 2024 року.

Завідувач кафедри



Ігор ГЛАДЧУК

Розробник

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології



Шитова Г.В.

Практичне заняття №1

Тема: "Патологія молочних залоз".

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на проблеми патології молочної залози. Вивчити алгоритм клінічного обстеження молочних залоз. Вміти скласти алгоритм обстеження жінок в практиці сімейного лікаря в залежності від віку жінки, скарг та анамнезу. Оволодіти практичними навичками пальпації молочних залоз. Вміти інтерпретувати результати пальпаторного, ультразвукового та рентгенологічного обстеження молочних залоз та планувати лікувальні заходи з метою подальшого лікування.

Основні поняття: види клінічного обстеження молочних залоз, техніка пальпації молочних залоз, УЗД, мамографія. Зміни молочної залози під час вагітності та лактації. Доброякісні та злоякісні утворення молочних залоз. Показання до ультразвукового дослідження молочних залоз та мамографії. Класифікація BI-RADS.

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

НАВЧАЛЬНИЙ ЧАС - 2 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 вхідного рівня знань (письмова робота, письмовий тест, онлайн-тест, співбесіда тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів 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.

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

Питання:

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

Типові ситуаційні завдання

1. 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.**
2. 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.

Завдання 2.

Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на болісність, напруженість лівої молочної залози, підвищення температури тіла до 39⁰С. Об'єктивно: температура тіла 38,6⁰С, пульс 94 уд/хв. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза у верхньому зовнішньому квадранті болісна, там же визначається ущільнення тканини молочної залози. При вагінальному дослідженні: патології не виявлено.

Запитання.

1. Діагноз.
2. Вкажіть можливі причини визначеної в задачі патології.
3. Вкажіть класифікацію післяпологових захворювань молочної залози

Відповідь:

1. Гострий інфільтративний мастит.

2. Інфекційний збудник: стафілокок, кишкова паличка, стрептокок та їх поєднання. Шляхи інфекції: каналікулярний (через протоки) під час травми соска, гематогенний, рідше лімфогенний.

3. Класифікація: специфічна чи неспецифічна за етіологічним фактором. За фазами розвитку гострий мастит: серозна, інфільтративна та абсцедувальна (формування абсцесу)

Завдання 3.

Жінка 42 роки скаржиться на біль в верхніх зовнішніх квадрантах обох молочних залоз на протязі 2-х років. Біль виникає за декілька днів до чергової менструації.

Запитання.

1. Попередній діагноз?
2. Склади план обстеження.

Відповідь.

1. Доброякісна дисплазія молочної залози (ДДМЗ)
2. Фізикальне обстеження, УЗД молочних залоз, мамографія

Тести КРОК (2021, 2020 рр)

1. На 10-ту добу післяпологового періоду породілля скаржиться на болі в молочних залозах. Температура тіла - 38, 20С, Рс- 96/хв. В молочних залозах значний і рівномірний набряк, болі під час пальпації. При натисненні із сосків виділяються крапельки молока. Яка тактика по відношенню до цієї хворої?

- А. Спорожнити груди шляхом зціджування або за допомогою молоковідсмоктувача**
В. Тимчасове обмеження обсягу рідини в раціоні
С. Припинення лактації
Д. Призначити антибіотикотерапію та сечогінне
Е. Компрес на молочні залози

2. Породілля 22-х років на 12 добу після нормальних пологів відзначає підвищення температури тіла до 39,0С протягом 3-х днів, біль у правій молочній залозі. Права молочна залоза збільшена, гаряча, напружена, гіперемована, болюча. При пальпації відмічається щільний інфільтрат 8×8 см, у центрі якого визначається флюктуація. Який найімовірніший діагноз?

- А. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний флегмонозний мастит
В. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний інфільтративно-гнійний мастит
С. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний серозний мастит
Д. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний лактостаз
Е. Післяпологовий період, 12 доба, правобічний гангренозний мастит

3. Класифікація ДДМЖ пропонує варіанти:

- А. з переважанням залозистого компонента**
Б. з переважанням фіброзного компонента
В. з переважанням кістозного компонента
Г. змішану форму
Д. з переважанням жирового компонента

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

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачи групи діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній. Ми працюємо в жіночих консультаціях (амбулаторія сімейного лікаря) з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

Підгрупа I - опанувати скарги пацієнтки, анамнез захворювання, гінекологічний та акушерський анамнез для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічної пацієнтки.

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

Нетипові ситуаційні задачі та тести

Задача 1.

У жінки на 10 добу після пологів з'явилися скарги на виражену слабкість, нездужання, озноби, підвищення температури тіла до 39⁰С протягом доби, болі в лівій молочній залозі. Об'єктивно: температура тіла 38,3⁰С, пульс 98 уд/хв., озноб. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза збільшена в розмірах, напружена, гіперемована у верхньому латеральному квадранті, там же визначається інфільтрація тканин без чітких меж. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду, придатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів сукровичні, без запаху.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка існує класифікація даної патології?
3. Вкажіть шляхи розповсюдження інфекції при даній патології.
4. Вкажіть лабораторні критерії даної патології.
5. Яка тактика ведення пацієнтки?

Задача 2.

Породілля на 5 добу після пологів поскаржилася на болісність, напруженість лівої молочної залози, підвищення температури тіла до 39⁰С. Об'єктивно: температура тіла 38,6⁰С, пульс 94 уд/хв. Шкіра та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Ліва молочна залоза у верхньому зовнішньому квадранті болісна при пальпації, там же визначається ущільнення тканини молочної залози. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, тіло матки щільне, безболісне при пальпації, розміри матки відповідають добі післяпологового періоду, додатки матки не пальпуються, ділянка їх безболісна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів кров'яністі, помірні, без запаху.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Вкажіть класифікацію післяпологових захворювань молочної залози.
3. Вкажіть можливі причини визначеної в задачі патології.
4. Вкажіть лабораторні критерії визначеної в задачі патології.
5. Яка тактика ведення пацієнтки?

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

У жінок захворювання молочної залози посідають одне з перших місць за звертанням по медичну допомогу. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та дільничні терапевти відіграють ключову роль в організації раннього (своєчасного) виявлення новоутворень МЗ та РМЗ (під час профілактичних оглядів), сприянні виконанню рекомендацій спеціалістів під час протипухлинного лікування, забезпеченні належної паліативної допомоги.

Профілактика пухлин молочної залози розподіляється на первинну та вторинну.

- **Первинна** профілактика полягає у профілактиці тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, надмірної ваги, гіподинамії, стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення.

- **Вторинна** профілактика полягає у ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин. Кратність та методи обстеження молочних залоз визначаються віком жінки.

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 новоутворень 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. Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу виконують первинну діагностику патологічних процесів молочної залози.

Основні завдання лікаря загальної практики/сімейної медицини:

1. Ведення реєстру жіночого населення, що отримує допомогу у лікаря загальної практики/сімейної медицини.
 2. Заповнення «Анамнестичної анкети» усім жінками, які отримують допомогу сімейного лікаря, з метою виявлення «сімейного» РМЗ.
 3. Роз'яснення жіночому населенню доцільності участі у скринінгу на РМЗ та залучення якомога більшої кількості жінок у віці 50 – 69 років, без 22 скарг щодо МЗ та без генетичного ризику РМЗ до мамографії. Саме вік є найбільш важливим фактором ризику для більшості жінок.
 4. Надання інформації усім жінкам щодо методики самообстеження МЗ, що проводиться щомісячно починаючи з 20-ти років (на 7-14 дні циклу).
-

5. Клінічне обстеження молочних залоз здійснюється 1 раз на рік лікарем загальної практики/сімейної медицини.

6. Організація лікарем загальної практики/сімейної медицини направлення жінки на мамографію у регіональний діагностичний центр або диспансер. У локальному протоколі медичної допомоги вказати заклад, куди жінка скеровується на мамографію.

7. Внесення сімейним лікарем даних до реєстру жіночого населення щодо проходження жінкою мамографічного скринінгу. Заклади охорони здоров'я, що надають вторинну та третинну медичну допомогу Основним завданням онкологів та рентгенологів є забезпечення проведення якісної мамографії з наданням письмового заключення усім жінкам, які звернулися до них щодо програми мамографічного скринінгу.

8. Проведення мамографії: - до 35-ти років не призначати жінкам мамографію, якщо для цього немає переконливих підстав, (використовувати УЗ дослідження); - за наявності сімейного анамнезу РМЗ - мамографію рекомендують проводити 1 раз на 1-2 роки (регулярно обстежуючи груди самостійно та у кабінеті лікаря), починаючи з віку 35 років; - у віковому діапазоні 35-40 років усім жінкам одноразово проводиться первинна мамографія, для визначення структури тканини молочної залози;

- у віці 40-49 років пропонується проводити мамографію в залежності від показань (клінічних обстежень та самообстежень МЗ);

- у віці 50 – 69-ти років мамографію проводять 1 раз на 2 роки, враховуючи результати попередніх обстежень, самообстежень та клінічних обстежень МЗ.

9. Регулярне надання інформації для сімейного лікаря стосовно списків жінок, які пройшли мамографічний скринінг.

Скринінг патології молочної залози

Вид обстеження	Вік (роки) обстеження	Частота
Самообстеження МЗ	≥20	Щомісячно
Клінічне обстеження МЗ лікарем загального профілю	Всі вікові групи	Щорічно
Мамографія	> 40	Щорічно

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 молочної залози

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 грудни до середньої пахової лінії по горизонталі. Частина тканини молочної залози виступає в пахову западину і відома як паховий 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 груді 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 T3 - T5. Вона також забезпечується нижніми волокнами від надключичних нервів шийного сплетення.

Молочна залоза – це специфічний орган, призначений для вигодовування дитини. З моменту прикріплення ембріона до стінки матки і в міру прогресування вагітності в грудях відбуваються важливі події, як для мами, так і для малюка. Один з проявів раннього токсикозу – набухання і біль в грудях – є типовою ознакою успішного зачаття. Уже з 4 тижні вагітності в структурі залозистої тканини запускається процес формування майбутніх молокоутворюючих часточок. Перші зміни молочних залоз при вагітності мінімальні, але – разом з ростом і розвитком плоду відбувається поступова підготовка грудей до майбутніх пологів.

Зміни молочних залоз при вагітності

Структурна одиниця молочної залози – альвеола (невеликий мішечок, вистелений молокоутворюючими клітинами). З кількох десятків альвеол формується часточка. Численні протоки від структурних одиниць зливаються в області соска. Всі основні події розгортаються в 2-3 триместрі. Виділяють наступні зміни молочних залоз при вагітності:

- Розростання молокоутворюючих клітин;
 - Потовщення клітинного шару всередині альвеолярних мішечків;
 - Збільшення розмірів часточок з функціональної перебудовою альвеол;
 - Розширення молочних проток для майбутньої транспортування молока;
-

- Покращення кровотоку у всіх судинах – від капілярів до великих артеріальних стовбурів;
- Стимуляція росту гладком'язових волокон, необхідних для просування молока в сторону соска;
- Поява судинної сіточки на шкірі за рахунок венозної мережі;
- Пігментація навколососкового гуртка.

Маммогенеза – це запрограмована природою проліферація залізистих структур, що забезпечує збільшення розмірів грудей в 2 рази (з вихідних 150-250 до 400-500 грам). Зміни в молочних залозах при вагітності контролюються специфічними жіночими гормонами, які виробляються гіпофізом, яєчниками і плацентою. По суті, молокоутворення – це складна біохімічна фабрика, створена в організмі вагітної жінки. Основними етапами секреції жіночого грудного молока є:

1. Формування і накопичення всередині альвеол молочної краплі, багатою білками і жирами;
2. Виведення дрібних доз секрету з кожної часточки в загальні протоки;
3. Транспортування молока в сторону соска за рахунок скорочення м'язових волокон;

Процес лактації: В кінці 3 триместру з сосків починає виділятися молозиво (у першовагітних жінок найчастіше тільки перед пологами, у повторнородящих – значно раніше). У цьому в'язкому і густому секреті мало рідини, але зате багато корисних речовин. Для новонародженого малюка молозиво – ідеальне харчування на перших днях життя. З 3-4 дня з моменту пологів у грудях формується рідке молоко, яке є оптимальним варіантом їжі для дитини протягом мінімум найближчих півроку.

До безперечних переваг грудного вигодовування відносяться:

- забезпечення всіх харчових потреб малюка;
- оптимальне засвоєння поживних речовин;
- формування імунітету у дитини;
- адаптація новонародженого до навколишнього середовища;
- психоемоційний контакт з матір'ю;
- зниження ризику онкології в молочних залозах;
- оптимальне зменшення розмірів матки за рахунок фізіологічного скорочення м'язових тканин;
- попередження не бажаного зачаття;
- відновлення маси тіла післяпологовий жінки;
- економічність (не треба витратитися на суміші).

Природа все передбачила. Лактація є ідеальним варіантом годування в перший рік життя дитини.

Завершення грудного вигодовування

Немає ніяких обмежень – жінка може годувати грудьми до тих пір, поки малюк сам не відмовиться. Якщо в організмі жінки не відбудеться нічого екстраординарного, то молочна залоза буде продукувати поживу для малюка. До факторів, що гальмують лактацію, відносяться:

1. Незрілість організму і неготовність до материнства (рідкісні юні матусі добре годують грудьми);
-

2. Будь-яка стресова ситуація;
3. Больовий синдром;
4. Загострення хронічних хвороб;
5. Неправильне харчування з недоліком надходження рідини;
6. Неповне спорожнення молочних часточок з формуванням лактостазу.

Після завершення грудного вигодовування в молочних залозах відбудуться зворотні процеси – зменшиться розмір і кількість часточок, знизиться кровотік.

Доброякісна дисплазія молочної залози (ДДМЗ): ознаки й лікування

Синоніми: Мастопатія (фіброзно-кістозна хвороба), фіброзно-кістозна хвороба МЗ, кістозний фіброаденоматоз, мезоплазія, дисгормональна гіперплазія, склерозируючий аденоматоз, хвороба Вельямінова (тиреотоксична мастопатія), хвороба Мінца (кровоточива молочна залоза)

Доброякісна дисплазія МЗ (мастопатія) — це назва доброякісних змін молочних залоз. Дане фіброзно-кістозне ураження грудей може бути діагностовано у жінок різного віку. Мастопатія включає такі поняття, як: фіброз, збільшення залоз, проліферація епітелію, кіста й розширення вивідних протоків.

Фіброзно-кістозна мастопатія: класифікація

Виділяють основні види мастопатії:

- Вузлова форма. Існує у вигляді фіброаденоми, кісти, судинної пухлини або жирового некрозу.
- Дифузна форма. Зустрічається рідше, ніж вузлова, але в ній переважають різні компоненти: кісти, фібрози або відбувається комбінування цих двох типів.

Етіологія захворювання

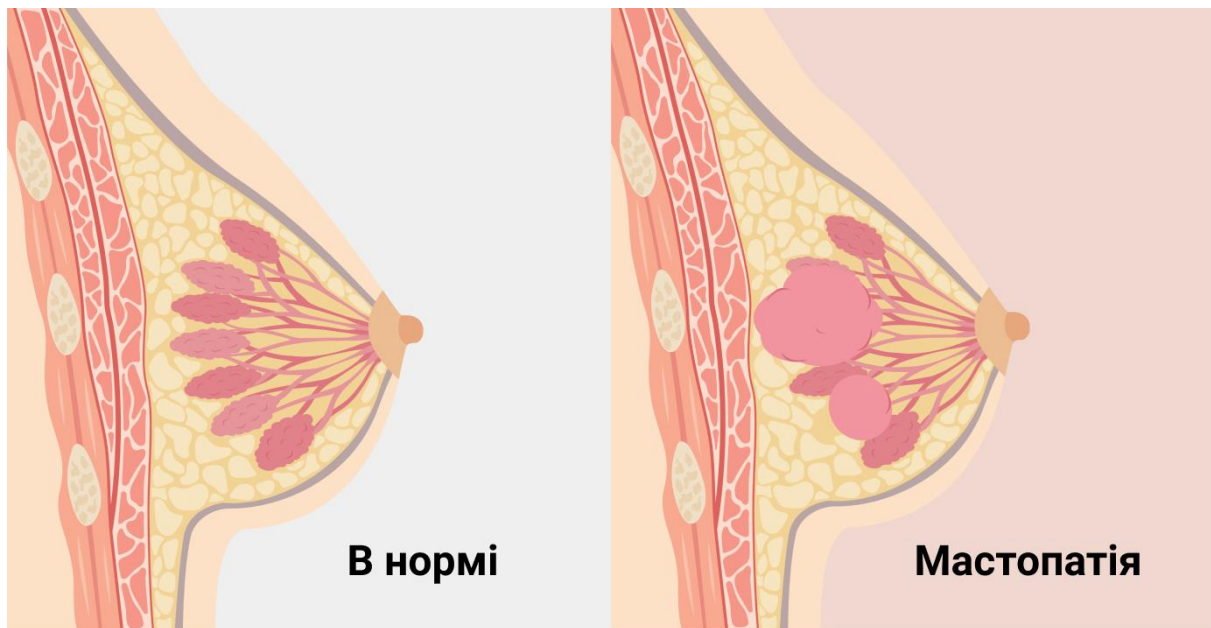
Причини мастопатії часто лежать в області спадкової схильності.

До основних причин мастопатії відносять:

- ранній клімактеричний період;
- порушення менструального циклу;
- тривалу відсутність пологів;
- множинні аборти;
- нерегулярне статеве життя (або його відсутність);
- ендокринні порушення (гіпо- та гіпертиреоз, дисфункцію гіпоталамуса і гіпофіза, роботу надниркових залоз, печінки, підшлункової залози).

Патогенез

Груди складаються з двох основних елементів — із залоз, які вистеляє епітелій, і утвореної зі сполучних тканин стромы, яка їх оточує. Структури, що утворюють груди, знаходяться під гормональним і нервовим контролем. Тому саме вплив гормонів вважається основною причиною мастопатії. Дефіцит естрогену і прогестерону призводить до стимуляції розвитку каркаса — сполучної тканини. Через її надмірне розростання відбувається розвиток елементів епітеліальної тканини — залоз. Ознаки мастопатії, як правило, не є основою злоякісних новоутворень. При правильній регуляції гормонального фону прогноз для пацієнтки позитивний.



Клінічні прояви мастопатії

До ключових симптомів мастопатії відносять появу численних твердих шишок, які можна прощупати пальцями. Вони можуть відрізнятися за розміром, збільшуватися і зменшуватися протягом менструального циклу.

Серед симптомів мастопатії можна також виділити біль у грудях (або підвищену чутливість) з набряком. З'являється відчуття, що груди стали важкими. Біль у грудях, викликана мастопатією, зазвичай посилюється перед менструацією і проходить з початком менструації, хоча, в деяких випадках, вона може виникати незалежно від фази циклу. Іноді можливі навіть виділення з соска. Симптоми мастопатії зазвичай слабшають з настанням менопаузи.

Діагностика мастопатії

Будь-які зміни в грудях повинні бути обстежені фахівцем. Діагностика мастопатії починається з огляду жінки лікарем-гінекологом або сімейним терапевтом. Лікар повинен отримати інформацію від пацієнта про існування факторів ризику мастопатії (спадковий фактор, тривала дія естрогену) і попросити описати існуючі симптоми.

Потім проводиться фізичний огляд.

Крім того, проводиться лабораторна діагностика:

- УЗД молочних залоз;
- гормональні тести;
- мамографія, що дозволяє оцінити ступінь ураження грудей.

У деяких випадках також може знадобитися тонкоголкова аспіраційна біопсія молочної залози (ТАБ) з цитологічним дослідженням.

У рідкісних випадках пацієнтку з мастопатією направляють на МРТ.

Лікування мастопатії

На попередньому етапі необхідно з'ясувати який лікар лікує мастопатію. Сімейний лікар направляє жінку з підозрою на дане захворювання до мамолога на огляд. Мета лікування мастопатії — відновити гормональний фон і полегшити симптоми хвороби. Для цього застосовується гормональне лікування. Додатково буде потрібна консультація лікаря-ендокринолога.

Лікування мастопатії включає прийом:

- нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), знеболюючих;
- оральну контрацепцію — у деяких випадках її використання може зменшити дискомфорт (шляхом коригування балансу статевих гормонів);
- андрогенних препаратів — застосовують при дуже високій вираженості симптомів (такі препарати є похідними чоловічого статевого гормону — тестостерону, він блокує секрецію жіночих статевих гормонів в яєчниках, знижуючи рівень естрогену і прогестерону).

Пацієнткам, у яких немає гормональних порушень і виражених симптомів, медикаментозні прийоми лікування мастопатії не потрібні.

Контроль вилікування

Після лікування і запровадження принципів правильного харчування доброякісні зміни зникають, але можуть з часом повернутися. У групі з підвищеним ризиком рецидиву залишаються пацієнтки після хірургічного втручання. Тому огляд у мамолога та лабораторну діагностику необхідно проводити не рідше 1 разу на рік.

Профілактика мастопатії

Профілактика фіброзно-кістозної мастопатії включає обов'язкові огляди, завдяки яким знижується ризик «пропустити» небезпечні для життя захворювання грудей.

Для профілактики рекомендується:

- проведення самостійного обстеження грудей — щомісяця;
- обов'язково відвідувати лікаря для огляду грудей — раз на рік;
- періодично проходити мамографію — кожні 2 роки для жінок у віці 45-50 років і щорічно — для жінок старше 50 років;
- збільшити частоту обстежень грудей, а мамографію проводити після 40 років — жінкам з підвищеним ризиком до виникнення мастопатії.
- У молодших жінок мамографію проводять тільки в разі підозрілих змін молочних залоз

Рак молочної залози (РМЗ): ознаки й лікування

Клінічне обстеження молочних залоз, окрім пальпації, включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку молочної залози (РМЖ).

Фактори ризику розвитку раку молочної залози (В):

- вік більше 35 років (В);

- сімейний анамнез: при наявності онкопатології у родичів (В);
- вік менархе до 12 років (С);
- перші пологи після 30 років (С);
- менопауза після 55 років (С);
- атипія у результатах попередніх біопсій цих матеріалів (В);
- вживання алкоголем (вживання більш 100 мл міцних напоїв або 200 мл вина у день)(В);
- вживання екзогенних гормонів: при безперервному вживанні КОК або ЗГТ – більше 10 років (С).

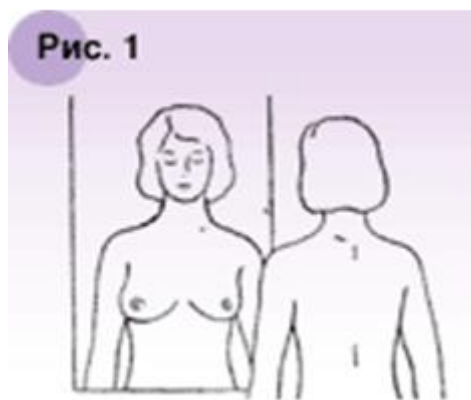
Алгоритм обстеження молочних залоз

Огляд та пальпація:

Етап 1:

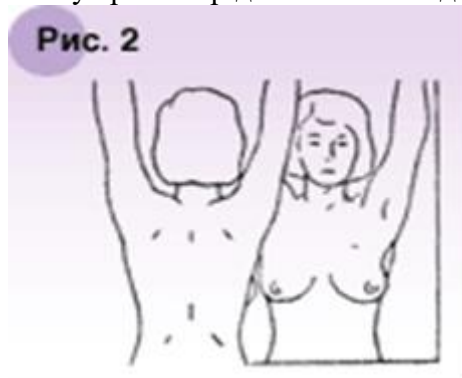
Пацієнтка стоїть з вільно опущеними руками. Уважно огляньте кожну залозу. Перевірте, чи немає змін у розмірі, формі, контурах молочної залози (одна залоза може бути трохи більшою, це нормально). Зверніть увагу на симетричність обох залоз, чи розташовані залози на одному рівні, чи рівномірно вони зміщуються 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).



Етап 2:

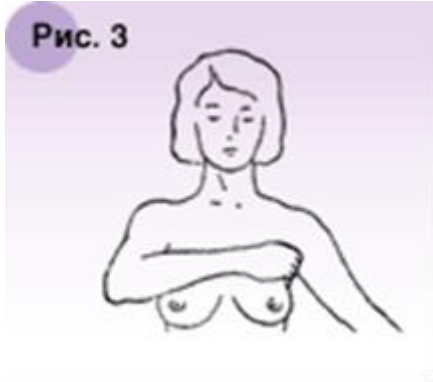
Пацієнтка піднімає руки вгору - ще раз оглянути молочні залози по черзі, звертаючи увагу на їх зміщення вгору, в сторони або вниз; зміну форми з утворенням збільшення, втягнення, втягування шкіри або соска; появу крапель рідини з соска під час цих рухів (мал. 2)



Етап 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 пахової лінії, включаючи пахову область, де можна виявити збільшені лімфатичні вузли (рис. 3)

Рис. 3



Етап 4:

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

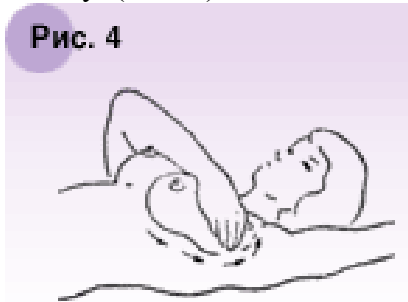
Етап 5:

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)

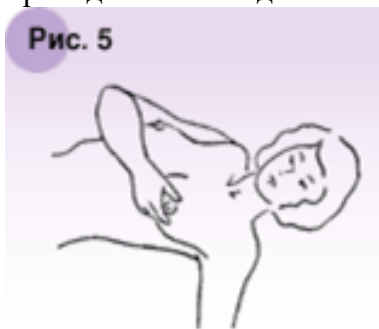
Рис. 4



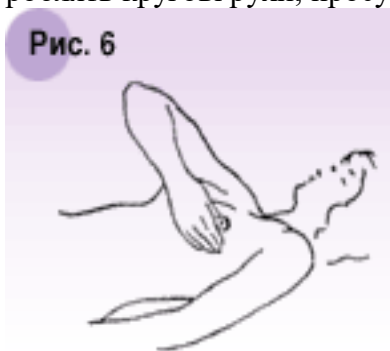
Пропонується два способи пальпації:

1. 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)

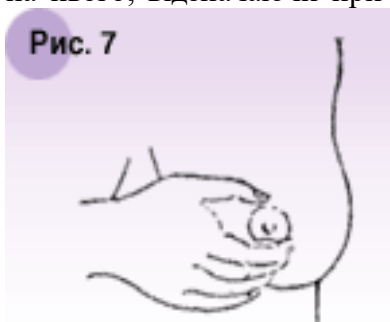


Проміщайте пахові лімфовузли.

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 промачати 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)



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.

При **клінічному обстеженні** молочних залоз визначаючим є **принцип онкозастереженості**.

Клінічні ознаки малігнізації наступні:

- пухлина, яка виявляється при пальпації;
- втягування соска або шкіри соска;
- асиметрія соска;
- ерозія соска;
- біль у МЗ;
- аксиллярна лімфаденопатія;

- набряк верхньої кінцівки;
- набряк шкіри МЗ — “лимонна шкірка”;
- біль в аксиллярній ділянці.

При виявленні патології під час проведення скринінгу, здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням **“потрійного тесту”** що включає:

- клінічне обстеження молочних залоз;
 - білатеральну мамографію;
 - при наявності об'ємних утворень - тонкогільчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідувочною цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД).
- Інтерпретація результатів тонкогільчатої аспіраційної біопсії проводиться патоморфологом.

Інструментальні методи обстеження.

Мамографія білатеральна є “Золотим стандартом” обстеження молочних залоз, що обумовлено: радіорезистентністю детальної візуалізації молочної залози і тканини зрілої молочної залози, низькою дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: 85-90% (В). 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. Інформативність та діагностична цінність мамографії визначається мамографічною щільністю.

Мамографічна щільність – це ступінь рентгенологічної щільності тканини молочної залози. **Висока** мамографічна щільність відмічається при перевазі фіброзної тканини. **Низька** — при жировій інволюції МЗ. **Проміжна** - при тому або іншому ступені візуалізації протокових структур. Оцінка мамографічної щільності при інтерпретації мамограм проводиться рентгенологом відповідно до наступної класифікації.

Класифікація мамографічної щільності молочної залози (Wolfe J.N., 1987; Вугне С., Schairer С., 1995), відповідно до якої визначаються чотири типи мамограм:

N1 — паренхіма представлена цілком або майже цілком жировою тканиною, можуть бути поодинокі фіброзні сполучнотканинні тяжі.

P1 — візуалізуються протокові структури, які займають не більше 25% обсягу молочної залози.

P2 — протокові структури займають більше 25% обсягу молочної залози.

DY — надзвичайно щільна (непрозора) паренхіма (“дисплазія”), що зазвичай вказує на гіперплазію сполучної тканини.

Встановлення мамографічної щільності має важливе діагностично-прогнозне значення: ризик розвитку раку молочної залози у жінок із підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у жінок із нормальною мамографічною щільністю (В).

Прийом екзогенних естрогенів та гестагенів підвищують щільність тканини молочної залози на мамограмі (А), чим знижують діагностичні можливості мамографії при виявленні ранніх стадій раку молочної залози. Це вимагає більш уважного підходу до оцінки мамограм у разі обстеженні пацієнток, які приймають гормональні препарати.

Показання до проведення мамографії:

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.
- 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.

Протипоказання до мамографії.

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.

Діагностичні критерії

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.

Вартість магнітно-резонансної томографії (МРТ) у всьому світі вища, ніж вартість мамографії

Термографія метод який ґрунтується на факті підвищеної температури шкіри молочної залози над раком молочної залози.

Ультразвукова діагностика 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. У жінок молодше 35 років з метою зниження променевого навантаження на організм жінки

при пальпаторному виявленні об'ємного новоутворення у молочній залозі для діагностики доцільно використовувати замість мамографії УЗД молочних залоз .

Показання до проведення УЗД:

- скринінг молочних залоз у молодих жінок (до 40 років);
- моніторинг стану молочних залоз у жінок, які приймають гормональні препарати (гестагени, КОК, ЗГТ);
- інтерпретація мамографічних даних щодо визначення структури об'ємних утворень;
- динамічне спостереження за розмірами об'ємних новоутворень у молодих жінок;
- контрольне обстеження після пункційної біопсії та хірургічних втручань на молочній залозі.

Обстеження може проводитись в будь якій фазі менструального циклу. Проте, необхідно враховувати, що при УЗД *недостатня візуалізація ранніх доклінічних форм, невеликих за розміром РМЗ.*

Скринінгова МРТ вважається менш специфічною, але більш чутливою, ніж мамографія, для виявлення інвазивного раку у жінок з високим ризиком.

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.

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.

Покращення результатів роботи медичної команди

.

Тести

1. Пацієнтка 35-ти років скаржиться на біль і збільшення правої молочної залози. Страждає на безпліддя 15 років. Права молочна залоза збільшена у розмірах, шкіра її пастозна, гіперемована, пальпується інфільтрат тістоподібної консистенції без чітких контурів, симптом "лимонної кірки". Постав-те діагноз:

- A. Рак молочної залози
- B. Мастит
- C. Вузлова мастопатія
- D. Абсцес молочної залози
- E. Фібroadенома молочної залози

2. Хвора 52-х років впродовж 2-х років спостерігає збільшення правої молочної залози. Протягом останніх 3-х місяців з'явилося почервоніння шкіри цієї молочної залози. У правій аксілярній ділянці пальпується туго-еластичної консистенції лімфовузол розміром до 1,5 см. Права молочна залоза збільшена у розмірах, шкіра її гіперемована, симптом лимонної шкірки, сосок втягнутий. Яке захворювання найбільш імовірно у даному випадку?

- A. Рак молочної залози
 - B. Мастит
 - C. Фібroadенома молочної залози
 - D. Пахвовий лімфаденіт
 - E. Мастопатія
-

3. У жінки 34 років із попередньо нормальною менструальною функцією цикли стали нерегулярними, за даними тестів функціональної діагностики - ановуляторними. Молочні залози пальпаторно болючі, виділяється молоко (галакторея). Яке дослідження показано пацієнтці насамперед?

- A. Визначення рівня гонадотропінів
- B. Ультразвукове дослідження органів малого тазу
- C. Визначення рівня пролактину
- D. Прогестеронова проба
- E. КТ головного мозку

3. До сімейної лікарки звернулася жінка 54 років для профілактичного огляду. Зріст - 164 см, вага - 84 кг. АТ - 130/80 мм рт. ст. Менопауза 5 років. Мати пацієнтки померла від раку молочної залози, молодша сестра страждає на мастопатію. Під час огляду ущільнень у молочних залозах не виявлено, органи малого тазу в межах вікової норми. Цитологія шийки матки без особливостей. Що порекомендувати жінці?

- A. Прийти на наступний профогляд за 2 роки
- B. Регулярно проводити самообстеження молочних залоз
- C. Приходити на огляд кожних 3 місяці
- D. Пройти МРТ молочних залоз
- E. Проходити маммографію 1 раз на рік

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнтка М., (29 років) звернулася до лікаря зі скаргами на біль та відчуття нагубання в молочних залозах, що посилюється за 10 днів до очікуваної менструації.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки рожевого кольору. Молочні залози однакових розмірів. Відмічається незначне збільшення молочних залоз та болісність при пальпації. Пульс – 74 уд./хв, ритмічний, АТ – 110/65 мм рт. ст. Живіт не вздутий, бере участь в акті дихання; при поверхневій та глибокій пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалах: піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, епітелій цілий. Тіло матки у положенні anteflexio не збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні.

Дані УЗД молочних залоз: збільшення об'єму сполучнотканинного компонента.

Питання:

- 1. Попередній діагноз.
- 2. Діагностика.
- 3. Диференційна діагностика.
- 4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.
- 5. Лікувальна тактика.

Відповідь:

- 1. Дифузна мастопатія.
 - 2. Діагностика:
 - Загальний аналіз крові та сечі,
 - Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
 - Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, ТЗ, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
 - Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
 - Клінічне обстеження молочних залоз.
-

- Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
- Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пневмокистографія (за наявності великих кистозних утворень), дуктографія із застосуванням водорозчинного контрасту пункційна біопсія, КТ, МРТ.
- Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).

3. Мастодінія, передменструальний синдром, гіперпролактинемія.

4. Класифікація дисгормональних захворювань молочної залози.

А. Дифузні:

- фіброзно – кистозна форма;
- аденозна форма;
- фіброзна форма;
- епітеліоз.

Б. Локалізовані:

- вузлова форма;
- солітарна кіста;
- внутрішньопротокова папілома;
- фіброаденома.

5. Лікувальна тактика.

При дифузійній формі мастопатії перевага віддається консервативним методам, які спрямовані на лікування порушень функцій залоз внутрішньої секреції, що мають відношення до патогенезу захворювання; і захворювань жіночих статевих органів. У випадках значних болючих відчуттів у передменструальний період можна використати курс ретромамарних блоkad або електрофореза з розчином новокаїну або тримекаїна, голкорексфлексотерапію.

Задача 2.

Пацієнтка Р., 32 роки, звернулась до лікаря зі скаргами на виділення із сосків молочних залоз при натисканні протягом останніх двох місяців та скарги на нерегулярний менструальний цикл.

Дані анамнезу: Статеве життя з 19 років. Вагітності – дві(перша закінчилася медичним абортom). Друга вагітність закінчилася пологами шляхом кесаревого розтину. Дитину годувала протягом 6 місяців.

Об'єктивне обстеження: загальний стан пацієнтки задовільний. Шкірні покриви рожеві. Огляд молочних залоз: мають однаковий розмір. При пальпації м'які, безболісні. При натисканні на навколососкову ділянку виділяється молокоподібна рідина. Пульс 70уд./хв., АТ – 115/75 мм.рт. ст.. Живіт при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі.

Гінекологічне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Огляд у дзеркалаx: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Тіло матки у положенні anteflexio не збільшене, щільне, рухливе, безболісне при пальпації. Придатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні.

Питання:

1. Попередній діагноз.
 2. Діагностика.
 3. Етіологічні фактори розвитку даної патології.
 4. Тактика лікування.
 5. Диференційна діагностика.
-

Відповідь:

1. Галакторея. Гіперпролактинемія?

2. Діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі,
- Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
- Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
- Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
- Клінічне обстеження молочних залоз.
- Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
- Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ.
- Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).

3. Етіологічні фактори розвитку галактореї:

- Порушення функції гіпоталамуса та гіпофіза.
- Деякі лікарські препарати (гіпотензивні та протиблювотні засоби, антидепресанти, транквілізатори), включаючи гормональні протизаплідні засоби.
- Захворювання щитоподібної залози
- Захворювання надниркових залоз
- Мастит (особливо його тяжкі форми)
- Захворювання яєчників, СПКЯ.
- Стресові ситуації.

4. Медикаментозна терапія спрямована на відновлення функцій репродуктивної системи, стабілізацію рівня пролактину і нормалізацію менструального циклу.

Оперативне лікування доречно тоді, коли виникає гостра необхідність у негайному видаленні прогресуючої пухлини гіпофізу. В даний час для лікування гіперпролактинемії використовуються: парлодел (бромокриптин), каберголін (алактин), агоністи дофаміну, який використовується для лікування синдрому галактореї непухлинного генеза і при пролактинсекретуючих аденомах гіпофіза. Якщо галакторею супроводять явища первинного гіпотиреозу, призначають препарати тиреоїдних гормонів.

5. Диференційний діагноз

- аденома гіпофіза;
- фізіологічна гіперпролактинемія;
- СПКЯ;
- первинний гіпотиреоз.

Задача 3 .

Пацієнтка М., 24 роки, звернулась до гінеколога через 6 місяців після пологів зі скаргами на нагрубання в правій молочній залозі, неприємні відчуття перед менструацією. Жінка не годує грудьми, відмічає наявність фіброзно-кістозної мастопатії в анамнезі.

Огляд молочних залоз: при пальпації у нижньому зовнішньому квадранті правій молочній залозі діагностовано рухоме утворення, наповнене рідиною до 3 см, із чіткими контурами, периферичні лімфатичні вузли не змінені. При ультразвуковому дослідженні молочних залоз: визначається збільшення об'єму сполучнотканинного компонента, у нижньому зовнішньому квадранті правій молочній залозі об'ємне утворення зниженої ехогенності, розміром 31×29 мм.

Питання:

1. Попередній діагноз?
2. Скласти план обстеження пацієнтки.
3. Диференційна діагностика.
4. Патогенез фіброзно-кістозної мастопатії.
5. Методи профілактики дисгормональних захворювань молочних залоз.

Відповідь:

1. Кіста правої молочної залози. Фіброзно-кістозна мастопатія.
2. Діагностика:
 - Загальний аналіз крові та сечі,
 - Біохімічні дослідження крові, вміст глюкози крові.
 - Дослідження рівня гормонів крові (ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т3, Т4, пролактину, естрадіолу, прогестерону).
 - Бактеріоскопічне дослідження виділень та цитоморфологічне дослідження з шийки матки.
 - Клінічне обстеження молочних залоз.
 - Ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД).
 - Спеціальні методи дослідження: ультразвукове дослідження молочних залоз (до 40 років), мамографія, пункційна біопсія, КТ, МРТ.
 - Огляд профільними спеціалістами за показаннями (мамолога, гастроентеролога, ендокринолога).
3. Диференційна діагностика:
 - Фіброаденоми,
 - Фіброзної мастопатії,
 - Масталгії.
4. Патогенез мастопатії в основному визначається персистуючою дією пролактину, порушенням співвідношення естрогенів і прогестерону, підвищенням рівня фолікулін-стимулюючого гормону і естрогенів. Порушення нейрогуморальної регуляції у молочній залозі створює умови для проліферації або сприяє розростанню стромы, у результаті чого погіршується дренаж протокової системи залози.
5. Методи профілактики:
 - Наявність вагітностей у репродуктивному віці, які завершилися пологам.
 - Повноцінне грудне вигодовування.
 - Використовування контрацепції.
 - Своєчасна діагностика та лікування супутніх захворювань жіночих статевих органів.
 - Лікування екстрагенітальних захворювань.
 - Відмова від шкідливих звичок.

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.

Список рекомендованої літератури

Основна

1. 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.
2. 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.
3. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 696 с.
4. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
5. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
6. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
7. 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.
8. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
9. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.
10. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. Освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О.

- Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. –174 с.
11. 13.Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, J. S. Sheffield, McGraw-Hill Education/Medical. - 2014. - 1377 pp.
 12. Підручник з гінекології (6-е видання) Дутта Д.С., Хіралал Конар (ред.). - JAYPEE BROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2013. - 702 с.
 13. Llewellyn-Jones Основи акушерства та гінекології (10-е видання). Джеремі Оутс, Сюзанна Абрахам. Elsevier. 2016. - 384 с.
 14. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
 15. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

Додаткова:

1. Акушерство: Нормальна та проблемна вагітність, 7-е видання С. Габбе, Я. Р. Нібіл, Я. Л. Сімпсон, М. Б. Лендон, Х. Л. Галан, Е. Р. М. Жоньо, Д. А. Дрісколл, В. Бергелла та В. А. Гробман, Elsevier. - 2017. - 1320 с.
2. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с. 7. Сучасний прогрес в акушерстві та гінекології. Том 4. Редкол. J. Studd, Seang Lin Tan, F. Chervenak. - 2017. - 419 с.
8. Останні досягнення в акушерстві та гінекології. Том 26. W. Ledger, J. Clark. - JP Medical. - 2015.- 230 с.

ІНТЕРНЕТ-ДЖЕРЕЛА:

1. <https://www.cochrane.org/>
 2. <https://www.ebcog.org/>
 3. <https://www.acog.org/>
 4. <https://www.uptodate.com>
 5. <https://online.lexi.com/>
 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
 8. <https://www.thelancet.com/>
 9. <https://www.rcog.org.uk/>
 10. <https://www.npwh.org/>
-