

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Профілактика захворювань молочної залози (код курсу 18.0)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години

I. Актуальність теми

Як свідчать статистичні дані 75-80 % жінок репродуктивного віку страждають на різні захворювання молочної залози. Доброякісні процеси діагностуються у кожній 4-ої жінки віком до 30 років. Згідно даних літератури у жінок старше 40 років патологічні стани молочних залоз виявляють у 60 % випадків. Відмічається наступна структура захворюваності: дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії– 50 %, вузлова– 20 %, фіброаденоми– 18 %, РМЗ– 2 %.

II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомія молочних залоз.
2. Етіологія та патогенез мастопатії.
3. Клініка та діагностика дифузної та вузлової мастопатії.
4. Консервативне лікування мастопатії.

. III. Об'єм нової інформації

1. Етіологія та патогенез мастопатії.
2. Клініка та діагностика дифузної й вузлової форм мастопатії.
3. Консервативне лікування мастопатії.
4. Етіологія та патогенез раку молочної залози, їх зв'язок із різними формами мастопатії.
5. Клініка, діагностика різних типів (вузловий, інфільтративний, рак Педжета) раку молочної залози, шляхи метастазування, класифікація по стадіях.
6. Лікування раку молочної залози в залежності від стадії.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

п/п	№	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
	1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
	2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
	3.	Опанування практичних навичок.	90
	4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
	5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
	6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.
3. Гінекологічне відділення

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороб та амбулаторні карти.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1	Обстежувати хворих із підозрою на дисгормональні дисплазії або рак молочної залози (анамнез, об'єктивне обстеження, інтерпретація лабораторних та інструментальних методів		+	

	обстеження).			
2	Діагностувати різні форми мастопатії та проводити їх диференційовану діагностику з раком молочної залози.		+	
3.	Проводити консервативну терапію певних форм мастопатії.		+	
4	Проводити профілактичні огляди з метою виявлення вказаних захворювань.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Етіологія та патогенез мастопатії.
2. Клініка та діагностика дифузної й вузлової форм мастопатії.
3. Консервативне лікування мастопатій.
4. Етіологія та патогенез раку молочної залози, їх зв'язок із різними формами мастопатії.
5. Клініка, діагностика різних типів (вузловий, інфільтративний, рак Педжета) раку молочної залози, шляхи метастазування, класифікація по стадіях.
6. Лікування раку молочної залози в залежності від стадії.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Оцінювати фактори ризику ДГЗМ
2. Скласти план обстеження при підозрі на ДГЗМ
3. Діагностувати ДГЗМ
4. Призначати лікування ДЗМЗ

Тестові завдання

1. Породілля скаржиться на біль в молочній залозі. В ділянці болю інфільтрат 3x4 см., з розм'ягшенням у центрі. Температура тіла 38,5С. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий гнійний мастит*
- B. Пневмонія
- C. Плеврит
- D. Затримка молока
- E Пологова травма

2 При обстеженні хворої 46 років встановлено діагноз: рак лівої молочної залози T2N2M0,

кл. гр. II-а. Який план лікування цієї хворої?

- A. Променева терапія+хіміотерапія
- B. Тільки операція
- C. Операція+променева терапія
- D. Променева терапія+операція+хіміотерапія*

3. Хвора 26 років звернулась зі скаргами на нагрубання і болючість молочних залоз, набряклість обличчя і гомілок, здуття живота, дратівливість, пітливість. Вважає себе хворою 3 роки. Вказані симптоми з'являються у II фазу менструального циклу і припиняються після наступної менструації. При гінекологічному обстеженні патології не виявлено. Найбільш вірогідний діагноз?

- A Передменструальний синдром, набрякова форма.
- B Передменструальний синдром, нервово-психічна форма. *

- С Передменструальний синдром, цефалгічна форма.
- Д Передменструальний синдром, кризова форма.
- Е Передменструальний синдром, атипова форма.

Типові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Жінка 40 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на біль в лівій молочній залозі, втягнення соска. Раніше скарг не пред'являла. Яка тактика ведення цієї жінки? (направити жінку на огляд до онкогінеколога)

2. Жінка 30 років висловлює скарги на біль в обох молочних залозах, які ірридіюють в спину та шию і проявляються в середині МЦ. Яке обстеження та лікування потрібно призначити? (маммографію)

3. Проконсультуйте жінку: як правильно і в якій послідовності потрібно проводити огляд та пальпацію молочних залоз. (правило «семи позицій»)

VII. Зміст теми практичного заняття

Регуляція росту і розвитку молочної залози проходить під складним контролем, в якому основна роль належить естрогенам, прогестерону й пролактину. Любе порушення в даній системі контролю може призводити до розвитку мастопатії.

Згідно класифікації ВОЗ (1984) – це фіброзно-кістозна хвороба, яка характеризується проліферативними і регресивними змінами тканин залози з ненормальним співвідношенням епітеліального й сполучнотканинного компонентів. В літературі це захворювання інколи називають хворобою Рекла, Шимельбуша, хронічний кістозний мастит, кістозна хвороба.

Мастопатія одне із найбільш поширених захворювань у жінок: в популяції, захворюваність складає 30-40%, а серед жінок, страждаючих різними гінекологічними захворюваннями досягає 58%. Частота мастопатії досягає максимального рівня до 45 років і знижується в пременопаузальному віці.

Класифікація фіброзно-кістозних мастопатій (ФКМ):

1. Дифузна форма:
 - з перевагою залозистого компоненту (аденоз);
 - з перевагою фіброзного компоненту;
 - з перевагою кістозного компоненту;
 - змішаної форми.
2. Вузлова форма ФКМ.

Обидві форми можуть мати проліферативну й непроліферативну форми.

Патогенез. Більшість авторів вважають, що при розвитку ФКМ в організмі жінки визначається абсолютна, або відносна гіперестрогенія. Естрогени визивають проліферацію епітелію альвеол, протоків, підвищують активність фібробластів і проліферацію сполучної тканини, молочних залоз. Пролактин збільшує чутливість рецепторів залози до естрогенів. Значна роль при зазначеній патології належить простагландинам (E₂), які визивають спазм судин, підвищують проникливість судинної стінки.

Слід звернути увагу інтернів на те, що жирова тканина (адиноцити) молочної залози являється депо естрогенів і андрогенів. Аденоцити не синтезують статеві гормони, але активно захвачують їх із плазми крові.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ДИСГОРМОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

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.

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

Клініка. Біль в молочних залозах, нагрубання їх перед менструацією, при пальпації визначається ущільнення у вигляді вузликів, або тяжів у залежності від форми. При дифузних формах – ущільнення немає меж, при вузлових – чітко визначаються межі.

Виділяють 3 клінічні форми розвитку ФКМ:

1 фаза – вік 20-30 років, менструальний цикл регулярний, але скорочений до 21-24 днів, за 1 тиждень до менструації з'являються нагрубання, біль у молочній залозі. При пальпації – визначаються болючість, кістозні зміни.

2 фаза – 30-40 років – біль у молочних залозах носить постійних характер і з'являється за 2-3 тижні до менструації. В залозі пальпуються окремі болючі ущільнені дольки.

3 фаза – вік старший 40-45 років – біль у молочній залозі не постійна. При пальпації визначаються множинні кістозні утворення, які досягають 1-3 см у діаметрі, із пипок виділяється коричнево-зеленуватий секрет.

ДІАГНОСТИКА

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);
- зловживання 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).

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

При обстеженні молочних залоз та веденні жінки при виявленні патології МЗ застосовується правило “семи позицій” (В):

1) *положення* — обстеження жінки проводиться спочатку у положенні сидячи, далі - стоячи, після цього - лежачи з піднятими руками;

2) *розміру* — звертають увагу на асиметрію розмірів залоз;

3) *пальпації* — проводиться “за часовою стрілкою годинника” подушечками пальців;

4) *тиску* — відмічають щільність молочної залози, за умови наявності утворення — його щільність та зміщення;

5) *методика обстеження* — повинна відповідати прийнятим алгоритму;

6) *зворотного зв'язку* — передбачає узгодженість та наступність дій спеціалістів різного фаху;

7) *диспансерне спостереження*.

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 послідувочою цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД).

Інтерпретація результатів тонкогільчатої аспіраційної біопсії проводиться патоморфологом.

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*.

“Золотим стандартом” обстеження молочних залоз є білатеральна мамографія (А), що обумовлено: радіорезистентністю тканини зрілої молочної залози, низькою

дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин: 85-90% (В).

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; Byrne C., Schairer C., 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 обстеження пацієнток, які приймають гормональні препарати.

Лікування. Вузлові форми ФКМ підлягають оперативному лікуванню. Дифузні форми лікуються консервативно.

З метою глибшого вивчення теми лікарі-курсанти доповідають історії хвороб із різними формами мастопатії (дифузна, вузлова, проліферуюча, непроліферуюча), аналізуються особливості клініки, діагностики і диференційованого діагнозу. Ретельно розглядаються сучасні методи лікування, в тому числі покази до хірургічного лікування, покази і протипокази до консервативної терапії.

В консервативній терапії мастопатії використовуються: гестагени, андрогени, естроген-гестагенні препарати, антиестрогени (тамоксіфен), антипролактінові препарати, мікродози препаратів йоду, вітаміни Е.А., В1, В2, харчовий режим, виключаючи чай, каву, шоколад. Підкреслюється, що консервативна терапія мастопатії може проводитися тільки після обстеження й консультації онколога, виключаючи злоякісні захворювання молочної залози.

Особлива увага звертається на те, що дисгормональні дисплазії відносяться до передракових станів. При мастопатії з гіперпластичними процесами в протоках і кістках жінок старших 45 років ризик розвитку зростає в 4 рази, а при наявності змін в 8 раз.

Рак молочної залози відноситься до однієї з найбільш частих пухлин і має тенденцію до зростання (з 1994 р. з 32% до 36,5% в 1997 р.).

Американські вчені виділяють 4 варіанти рака молочної залози (1-2 генетично обумовлені і 3-4 спорадично виникаючі захворювання).

1 патогенетична форма – це рак молодих або гіпотіреодний, який зустрічається у віці від 15 до 32 років. Особливості цієї форми: гіпотіреоз, раннє ожиріння, менархе до 12 років, часті фолікулярні кісти яєчників і гіперплазія тека-тканини.

Ці форми мають стрімку течію, рано розвиваються відділені метастази.

2 патогенетична форма – яєчникова форма (найчастіше зустрічається у жінок від 28 до 50 років (середній вік 37 років). Цьому варіанту раку молочної залози передують фіброаденоматоз молочної залози, його продуктивні форми (проліферація протонів).

Ці жінки фригідні, (44%) у яких статеві зносини проходять без оргазму, мали пізні пологи (42%), кістозні зміни яєчників (40%), раннє ожиріння II-III ступеню (74%).

Ці форми рака молочної залози дають ранню лімфогенну дисемінацію, мультицентричність пухлинних джерел, що нерідко дають місцеві рецидиви після мастектомії, тому прогноз – несприятливий.

Пухлина має інфільтративний ріст із масивним ураженням регіонарних лімфатичних вузлів. Нерідко вони виявляються як “міні” рак у вигляді малігнізованого фіброаденоматоза. Інколи ці міні раки виявляються при гістологічному дослідженні препаратів, видалених під час секторальної резекції з приводу доброякісних процесів.

3 патогенетична форма – гіпертензивно-наднирникова (39,8%). Також зустрічається часто. Середній вік хворих (від 45 до 64 р.), вони, як правило, мають ожиріння, підвищений рівень холестерину, кортизолу і гіпертонічну хворобу (91-94%), фіброміоми матки, цукровий діабет, порушення обмінно-ендокринних процесів.

Ці форми раку мають інфільтративний ріст гострого і підгострого перебігу. В той же час у 1/3 хворих характер розповсюдження пухлини локально- обмежений і під впливом гормональних виливів і нормалізації обміну вона довгий час після операції перебігає безрецидивно. У деяких хворих спостерігається повільний перебіг і навіть при напіврадикальних операціях по видаленню первинного пухлинного джерела й метастазів і регіонарні лімфовузли.

4 патогенетична форма – це пухлина старих жінок – вторинно-інволютивна, яка зустрічається в глибокій менопаузі (у 93%) при ранній появі менархе і пізній менопаузі (у віці старше 50 років), пізні перші пологи (після 30 років) і останні пологи після 40 р.

Вікові особливості: середній вік 65 р. (від 60 до 84 р.) у жінок з ожирінням, гіпертонічною хворобою, атеросклерозом. При цій формі пухлини частіше розвиваються у вигляді вузлика, локалізовані, пізно дають метастази в регіонарні лімфатичні вузли і мають торпідну течію і не прогресують на протязі років.

Крім описаних форм існують різні перехідні форми, які мають індивідуальний перебіг.

Особливою формою являється пухлина, яка розвивається на фоні вагітності, або лактації, або після переривання вагітності. Ця форма дуже несприятлива, т.я. в цих випадках пухлина розвивається на фоні гіперпролактинемії, а пролактин активізує перебіг рака молочної залози. Вік у середньому 34,2 (від 30 до 40 р.). Прогноз кращий у жінок, в яких пухлина виявлена в III триместрі, і які лікування після пологів, найгірший прогноз, коли пухлина виявлена в I триместрі і після штучного аборту. Морфологічно це малігнізований фіброаденоматоз (дольова форма, рак в кісті, ділянки інвазії) поряд із структурами неінвазивної карциноми.

З метою ілюстрації типів раку молочної залози (вузловий, інфільтративний, рак Педжета) та їх різних стадій, шляхів метастазування, особливостей клініки, діагностики і диференційованого діагнозу лікарями-інтернами доповідаються історії хвороб жінок із даним захворюванням). Особлива увага звертається на клініку та діагностику ранніх форм раку молочної залози, аналізується класифікація захворювання по стадіях, залежність локалізації метастазів від шляхів лімфовідтоку і локалізації пухлин.

Обґрунтовується вибір методу лікування в залежності від стадії захворювання. При I та II стадіях показане хірургічне втручання без застосування яких небудь специфічних додаткових методів лікування. Проводиться операція Холсбеда або одна з її модифікацій. При IIa, IIб та IIIб стадії захворювання показане комбіноване лікування: радикальна мастектомія з передопераційною променевою терапією або хіміотерапією цитостатиками (вінкрістин, 5-фторурацил). При IIIв стадії лікування комплексне: передопераційна

променева терапія, радикальна мастектомія та гормонотерапія. При IV стадії раку лікування включає гормоно- і хіміотерапію цитостатиками.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів.-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
3. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (профілактика і діагностика дисгормональних захворювань молочної залози)
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»
8. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.