

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Дисфункціональні захворювання молочних залоз» (код курсу 8.4)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

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. Визначення поняття «мастопатії»?
2. Етіопатогенез ДЗМЗ?
3. Класифікація ДЗМЗ?
4. Діагностика ДЗМЗ?
5. Клініка та лікування ДЗМЗ.

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.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
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.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Обстеження молочних залоз		+	
2.	Оцінка лабораторних та сучасних діагностичних методів обстеження в гінекології		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-курсанта.
Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яке визначення поняття «мастопатії»?
2. Який етіопатогенез ДЗМЗ?
3. Яка класифікація ДЗМЗ?
4. Яка діагностика ДЗМЗ?
5. Клініка та лікування ДЗМЗ.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

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

Тестові завдання

1. Породілля скаржить на біль в молочній залозі. В ділянці болю інфільтрат 3х4 см., з розм'ягшенням у центрі. Температура тіла 38,5С. Який найбільш вірогідний діагноз?
А. Гострий гнійний мастит*
В. Пневмонія
С. 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?
А. Променева терапія+хіміотерапія
В. Тільки операція
С. 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?
А Передменструальний синдром, набрякова форма.
В Передменструальний синдром, нервово-психічна форма. *
С Передменструальний синдром, цефалгічна форма.
D Передменструальний синдром, кризова форма.
E 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»)

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Доброякісні захворювання молочної залози

Однією з головних проблем нашого часу є зростання онкологічної патології. Зростання частоти захворювань молочної залози як доброякісних так і злякисних є загальносвітовою тенденцією та пов'язане з численними гормональними та дисфункційними змінами.

Мастопатії- група дисгормональних доброякісних захворювань молочних залоз з гіперплазією її тканин (дисгормональна гіперплазія молочних залоз-ДГМЗ)

По визначенню ВОЗ (1984), мастопатія-це фіброзно-кістозна хвороба з широким спектром проліферативних змін в тканині молочної залози і патологічним співвідношенням епітеліального і сполучнотканинних компонентів.

Пухлини молочної залози займають перше місце серед всіх онкологічних захворювань репродуктивної системи. У США рак молочної залози становить 29% від всіх випадків злякисних пухлин у жінок, у Франції- 28 %, у Швеції- 24 %, в Росії- 18,3 %, в Японії 13,9 %. Частота запущених форм залишається високою. Серед хворих з уперше виявленим захворюванням на частоту I-II стадій доводиться 56,4 %, III стадії- 29,6 %, IV - 12,6 % (довга люк Юзю 2001, 3. 7 з Рощеної). В Україні раком молочної залози щорічно занеджують близько 17 000 жінок. Це значить, що кожні 35-37 хвилин у нашій країні виявляється новий випадок раку молочної залози (РМЗ) і щогодини від даного захворювання вмирає одна жінка (2 з Рощеної).

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 %.

Етіопатогенез

Важлива роль в патогенезі ДГМЗ (дисгормональних гіперплазій молочних залоз) відведена відносній або абсолютній гіперестрогенії і прогестерондефіцитному стані.

Серед естрогенів важливу роль в життєдіяльності молочної залози грає естрадіол. Його концентрація в сполучній тканині молочної залози вище, чим в сироватці крові. Естрадіол стимулює дифференціювання і розвиток протоків молочної залози, посилює мітотичну активність епітелію, ініціює формування ацинуса, стимулює васкуляризацію.

Прогестерон, попереджає розвиток проліферації, забезпечує диференціювання епітелію, тормозить мітотичну активність епітеліальних клітин, зменшує набряк сполучнотканинної стромы. Недостатність прогестеронової дії приводить до проліферації сполучнотканинних і епітеліальних компонентів молочної залози.

Жирова тканина молочної залози містить багато рецепторів до естрогенів і набагато менше рецепторів до прогестерону. Адипоцити являються депо естрогенів, прогестерона і андрогенів. Під впливом ароматази андрогени перетворюються в естрадіол і естрон. Цей процес з віком посилюється, що є одним з факторів збільшення ризику розвитку раку молочної залози.

Пролактин, під його впливом підвищується кількість рецепторів естрадіола в тканині залози. Підвищення рівня пролактину, відмічають при поєднаній патології матки і молочної залози

Тиреоїдні гормони, являються модуляторами дії естрогенів на клітинному рівні, можуть приводити до порушень гісто- і органогенеза гормонально-залежних структур і формуванню гіперпластичних процесів молочної залози.

В патогенезі захворювання грає роль підвищення рівня *кортизолу*, що приводить до розвитку гіперпластичних змін в молочній залозі через кортикостероїдні рецептори.

Під впливом великої кількості *простагландинів* змінюється просвіт судин залози, проникність судинних стінок, порушується гемодинаміка і водно-сольове співвідношення, що приводить до тканинної гіпоксії. Рівень простагландину в крові хворих ДГМЗ в 7-8 разів вищий, чим у здорових жінок.

До внутрішніх факторів ризику відносяться: ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія.

Основні причини виникнення ДГМЗ:

1. Спадковий (генетичний) фактор.
2. Фактори репродуктивного характеру (початок менструації до 12 і після 15, велика кількість вагітностей, пологів, абортів, вік при вагітностях і пологах-до 20 і після 30 років, народження великого плоду, довготривала і велика лактація, менопауза до 45 або після 53 років, порушення менструальної функції-гіперполіменорея)
3. гінекологічні захворювання, в першу чергу- запальні захворювання в малому тазі.
4. Прийом екзогенних гормонів: комбінована оральна контрацепція.
5. Ендокринні порушення (діабет, дисфункція щитоподібної залози, гіпоталамічний синдром)
6. Патологічні процеси в печінці і жовчних шляхах.
7. Неприятливі ситуації, які зустрічаються в житті багатьох жінок (незадоволення положенням в сім'ї і суспільстві, конфлікти на роботі, психологічні стреси, неблагоприємні сексуальні фактори).
8. Зловживання алкоголю і продуктів, які містять метилксанти (кава, чай, шоколад, какао).
9. Травми молочних залоз.

Класифікація

В 1984 р. в Женеві прийнята **Міжнародна гістологічна класифікація ДГМЗ**, яка ділить гіперплазію молочних залоз на наступні види:

1. Протокова гіперплазія (проліферація епітелію екстрадолькових протоків)
2. Долькова гіперплазія (гіперпластичні зміни внутрішньодолькових молочних залоз)
3. Аденоз (проліферація альвеолярних пузирків, яка приводить до збільшення залозистих структур.
4. Склерозуючий аденоз.
5. Кісти молочних залоз.
6. Вогнищевий фіброз.

Клініко-рентгенологічна класифікація ДГМЗ:

1. Дифузна форма:

- фіброзна (грубі тяжисті структури без вузлових компонентів);
- фіброзно-кістозна (зернисті структури з кістозними компонентами);
- аденозна (м'які бугристі структури, болючі при пальпації);
- фіброзно-аденоматозна (поєднання грубих тяжистих і м'яких бугристих структур)
- інволютивна (ліпоматозні зміни молочних залоз)
- змішана

2. *Вузлова форма* оформлений вузловий компонент різних розмірів).

В залежності від вираженості дифузного ураження молочних залоз розрізняють три ступеня тяжкості ДГМЗ:

- *I ступінь*-слабо виражена; жирова тканина переважає над паринхіматозною;

- *II ступінь*-середньої вираженості; жирова тканина і щільні структури знаходяться приблизно в рівних співвідношеннях;
- *III ступінь-різко* виражена; структура молочних залоз представлена залозистими елементами, жирової тканини мало.

Виділяють особливу форму патології молочної залози-*мастодінію* або *масталгію*-біль в молочній залозі. Біль в молочній залозі може бути обумовлена різними причинами: запальним процесом, пухлиною, реактивним склерозом сполучної тканини молочної залози. Патогенез мастодінії включає затримку рідини (набряк молочних залоз), здавлення нервових закінчень. Хоча мастодінія не являється захворюванням, але суб'єктивно біль може бути достатньо виражена, викликаючи дискомфорт і занепокоєння жінки. Мастодінію ділять на циклічну і не циклічну. Нециклічна мастодінія не зв'язана з менструальним циклом і частіше всього являється симптомом інших захворювань. Циклічна мастодінія зв'язана з циклічним функціонуванням яєчників і дією статевих гормонів на молочну залозу. Часто циклічна мастодінія являється одним з перших і основних проявів дифузної доброяксної дисплазії молочних залоз і зникає, коли захворювання приймає більш виражену форму.

Клінічна картина

Біль в молочних залозах, які проявляються в середині менструального циклу, які супроводжуються ущільненням молочних залоз, інколи виділенням із сосків. Біль може бути колюща, стріляюща, гостра, з іррадіацією в спину, шию, виникає в результаті здавлення нервових закінчень набряклою сполучнотканинною тканиною, кістозним утворенням.

При пальпації молочних залоз визначається ущільнення долькового характеру з нерівною поверхнею, тяжистою тканиною, її болючістю. Після менструації при дифузній мастопатії біль незначна, вся молочна залоза рівномірно ущільнена. При вузловій мастопатії визначають одиничні або множинні ділянки; вони малоболючі, але зв'язані із шкірою і соском, рухомі, в положенні лежачи хворої не пальпуються. Можуть бути збільшені підпахові лімфовузли, чутливі при пальпації.

Мастопатія може супроводжуватись галактореєю (виділенням сірої рідини із сосків)

3 клінічних фази мастопатії:

- 1-ша фаза: розвивається в 20-30 років, характеризується нагрубанням і болючістю молочних залоз за тиждень до менструації, ущільненням і чутливістю їх при пальпації; менструальний цикл регулярний, але часто укорочений до 20-21 дня.
- 2-га фаза: вік 30-40 років, проявляється постійною болючістю в молочних залозах, виникає за 2-3 тижні до менструації, ущільнення в них з кістозними включеннями.
- 3-тя фаза: вік 40-45, характеризується непостійними і менш інтенсивними болями в молочних залозах з наявністю кістозних утворень, які містять коричнево-зелений секрет, який виділяється при надавлюванні на сосок.

Діагностика

Діагностика захворювань молочної залози ґрунтується на огляді, пальпації, мамографії, ультразвуковому дослідженні, пункції вузлових утворень підозрілих ділянок і цитологічному дослідженні пунктату.

Клінічне обстеження молочної залози крім огляду і пальпації включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку. Молочна залоза зазнає значних функціонально-морфологічних змін в періоді статевого дозрівання, вагітності, лактації, клімактеричному та постменопаузальному періодах. Характерною рисою молочної залози є складність чіткої диференціації фізіологічних та патологічних змін, що пов'язано з високою чутливістю до гормональних впливів. Молочна залоза активно функціонує тільки в період лактації, але зберігає високу чутливість до статевих гормонів у всі періоди життя жінки. Циклічні зміни рівня статевих гормонів протягом менструального циклу

відбиваються на процесах проліферації, диференціації, апоптозу. У фолікуліновій фазі менструального циклу відбувається клітинна проліферація в кінцевій протокодольковій структурі. У цей час можлива дія трьох механізмів проліферативної дії естрогену, які не виключають один одного: пряма стимуляція клітинної проліферації за рахунок взаємодії естрадіолу, пов'язаного з естрогенним рецептором ядерної ДНК; непрямий механізм – за рахунок індукції синтезу факторів росту, що діють на епітелій молочної залози аутокринно або паракринно; стимуляція клітинного росту за рахунок негативного зворотнього зв'язку, відповідно до якого естрогени нівелюють ефекти пригнічуючих факторів росту. Ауто-, пара- і ендокринні фактори росту можуть стимулювати або гальмувати ріст клітин. Існує також локальний синтез естрогенів у сполучній тканині молочної залози. Прогестерон відіграє основну роль у стимуляції дольково-альвеолярного розвитку й диференціації. Порушення співвідношення між естрогенним і гестагенним компонентами викликає зміну співвідношення сполучнотканинного і залозистого компонентів і розвиток у них проліферативних процесів. Одержані останніми роками дані дозволяють сформулювати концепцію єдності патогенетичних механізмів, що приводять до змін в гормонально-залежних структурах репродуктивної системи (молочних залозах і геніталіях) при різних нейроендокринних порушеннях. Головна причина виникнення дисгормональних захворювань – порушення балансу естрогенів і прогестерону в організмі жінки, в результаті якого розвивається відносна (а пізніше і абсолютна) гіперестрогенія, що служить базою для формування різних гіперестрогенних захворювань в органах мішенях статевої системи і молочній залозі. Група найбільш високого ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози – це пацієнтки з гіперпластичними захворюваннями внутрішніх статевих органів – ендометріоз, міома матки, гіперплазія ендометрію або їх поєднання.

При виявленні патології 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 – тонкогольчату аспіраційну біопсію під контролем УЗД із послідувальною цитологією (маніпуляція проводиться підготовленим лікарем УЗД, інтерпретація результатів – лікарем патоморфологом).

Білатеральна мамографія є найпоширенішим і високоінформативним методом обстеження молочних залоз. Це обумовлено радіорезистентністю тканини зрілої молочної залози, низькою дозою опромінення сучасних апаратів, високою ефективністю діагностики безсимптомних злоякісних пухлин (85-90%). Вона використовується при масових (скринінгових) обстеженнях, які направлені на раннє виявлення раку молочних залоз. Показанням для її виконання може бути наявність змін в молочних залозах, які виявлені при огляді та пальпації. Необхідно зауважити, що точність мамографії більш висока при дослідженні молочних залоз з великою кількістю жирової клітковини і знижується при рентгенологічно «щільній» залозі, тобто при великій кількості залозистої тканини. Тому у молодих жінок чутливість до мамографії більш низька. Крім того метод мамографії пов'язаний з променевою навантаженням, що стає актуальним при необхідності багаторазових обстежень, а також у жінок молодого віку та при вагітності і лактації. (10 СПб). Проводити мамографію доцільно у першу половину менструального циклу. Перевагами мамографії є можливість поліпозиційного дослідження органу, виявлення утворень, які не пальпуються (розміром від 1 мм до 10 мм або знаходяться глибоко в тканині молочної залози, особливо при її великих розмірах) та наявність мікрокальцинатів, що є характерною рентгенологічною ознакою РМЗ.

Інформативна та діагностична цінність мамографії визначається мамографічною

щільністю, тобто ступенем рентгенологічної щільності тканини молочної залози. Висока мамографічна щільність відмічається при перевазі фіброзної тканини, низька – при жировій інволюції молочної залози, проміжна – при тому чи іншому ступені візуалізації протокових структур. Ризик розвитку раку молочної залози у жінок з підвищеною мамографічною щільністю у 3 рази вищий, ніж у жінок з нормальною мамографічною щільністю. Прийом екзогенних естрогенів та гестагенів підвищують щільність тканини молочної залози на мамограмі, чим знижують діагностичні можливості мамографії при виявленні ранніх стадій раку молочної залози. Це вимагає більш уважного підходу до оцінки мамограм у разі обстеження пацієнок, які приймають гормональні препарати.

Досить широко при обстеженні молочних залоз застосовується ультразвукове дослідження (УЗД). Воно не потребує спеціальної підготовки, не має протипоказань.

Недоліком є неможливість виявлення мікрокальцинатів. 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 молочних залоз при вагітності і лактації, а також у дітей та підлітків; для оцінки стану силіконових протезів молочних залоз.

За допомогою УЗД проводиться оцінка всіх компонентів молочної залози: шкіри, соска, підшкірної зони, яка включає в себе премамарну клітковину і передній листок фасції, паренхіми, протоків, ретроамарної ділянки та лімфовузлів. Таким чином, на УЗД візуалізується фрагмент молочної залози від шкірних покривів до грудної стінки.

Основними ультразвуковими ознаками ФКХ є: збільшення товщини паренхіми (фіброгландулярної тканини) відносно вікових норм; розширення протоків (дуктектазія), інколи потовщення і гіперехогенність їх стінок; невідповідність ехогенності залозистої тканини віку пацієнтки; наявність кіст в молочній залозі. Всі зміни, виявлені в одній молочній залозі порівнюються з симетричними ділянками в іншій молочній залозі.

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 дії спеціалістів різного фаху;
- 7) *диспансерне спостереження*.

Лікування

I. Консервативне лікування :

Починають тільки після консультації онколога для виключення форм, які потребують оперативного лікування.

1. Гестагени застосовують для лікування жінок репродуктивного віку, курс 6-9 місяців. Гестагени перетворюють активний естрадіол в менш активний естрон,

інгібують проліферативні процеси за рахунок дії на фактори росту, зменшують циклічний набряк сполучнотканинної стромы молочної залози за рахунок зниження проникності капілярів:

- 17-ОПК- 250 мг (2 мл 12,5% р-ну) в/м на 14-й і 21-й день МЦ;
 - Утрожестан-100 мг 2-3 рази на добу з 11-го дня МЦ на протязі 14 днів; 3-6 МЦ;
 - Дидрогестерон (дуфастон)-по 20 мг з 11-го по 25-й день МЦ;
 - «Прожестожель 1%»-гель, який містить мікронізований прогестерон, наносять по 2-5 г за допомогою дозатора на шкіру молочних залоз 1 раз на добу. Застосовують у другій фазі МЦ
2. Антиестрогени-механізм дії обумовлений конкурентним зв'язуванням з рецепторами естрадіолу в тканині молочної залози:
 - Тамоксифен-по 10-20 мг/добу, 5-6 міс.
 - Фарестон (торемифен)-по 10-20 мг/добу, 3-6 міс.
 3. Андрогени- застосовують для лікування жінок старше 45 років, курс 8-10 місяців:
 - Метилтестостерон-по 5-10 мг (1-2 таб) з 16-го по 25-й день МЦ.
 - Сустанон-250 (омнадрен-250)-1 мл в/м 1 раз в місяць, 4-6 місяців.
 4. Гомеопатичні препарати:
 - Мастодінон по 30 крап. або по 1 таб. 2 рази на добу 3 місяці.
 - Циклодінон по 40 крап. 1 раз на добу (вранці) довготривало або по 1 таб/добу 3 міс.

II Оперативне:

Фіброаденоми, внутрішньопротокові папілломи і кісти молочної залози лікують оперативним шляхом. При фіброаденомі необхідно проводити секторальну резекцію, а не вилущування, так як вилущування пухлини може привести до посилення процесу проліферації в тканинах, які прилягають до фіброаденоми.

Профілактика ДГМЗ

Первинна профілактика- виключення куріння, вживання алкоголю, боротьба з надлишковою вагою, уникнення стресових ситуацій, надлишкового сонячного опромінення.

Вторинна профілактика-раннє виявлення доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози, своєчасна корекція гормональних порушень

IX.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. Лихачев 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.