

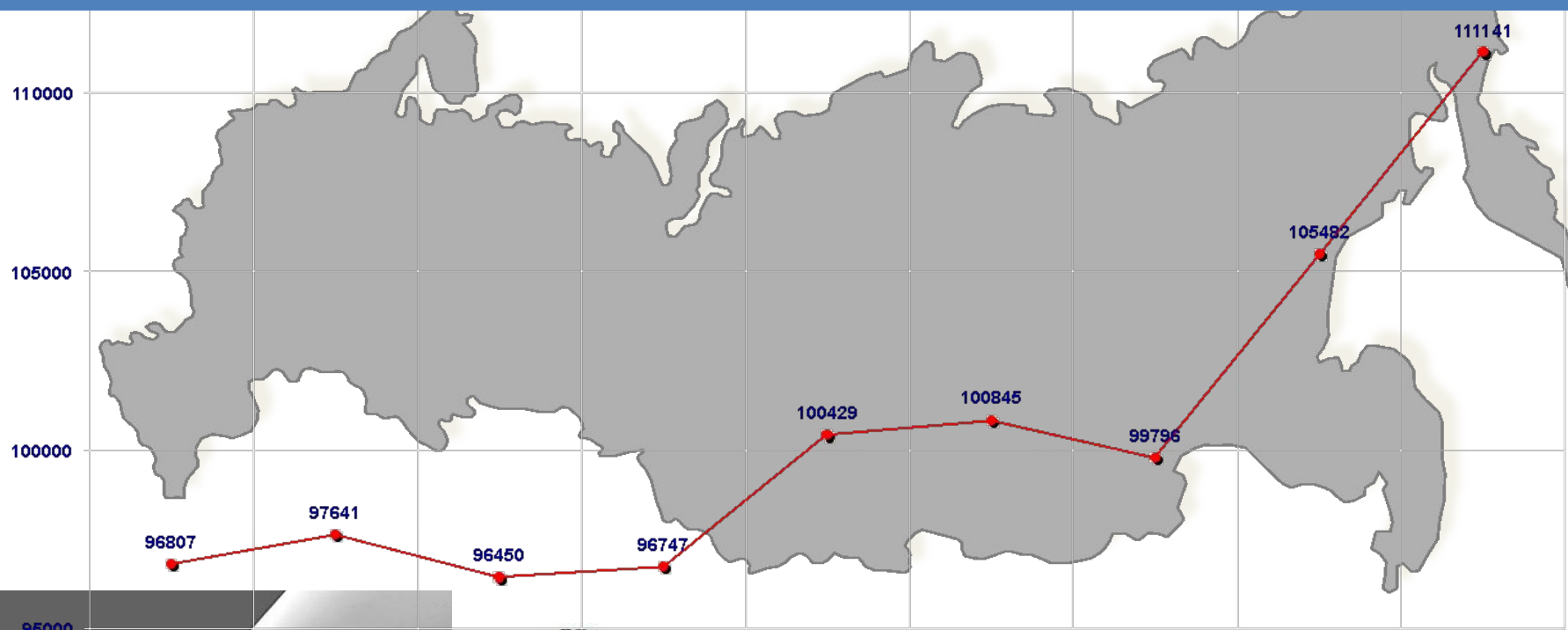
ИНТЕРАКТИВНОЕ СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. КЛАССИФИКАЦИЯ,
КЛИНИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

12 семестр 6 курс (весна)

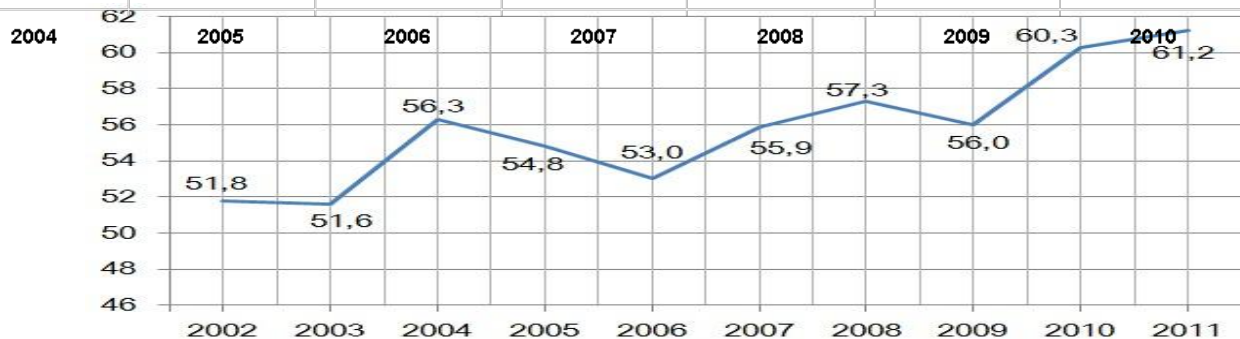
ИНСТРУКЦИЯ ПО РАБОТЕ С ИНТЕРАКТИВНОЙ СИСТЕМОЙ

1. получить у преподавателя пульт
2. по команде системы зарегистрироваться
3. ...
4. ...
5. будьте внимательны – смена слайдов озвучена (для преподавателей: при проведении тестирования звук компьютера должен быть выставлен на максимальное значение)
6. после завершения тестирования – сдать пульт преподавателю
7. полная инструкция будет разработана после получения комплекта пультов для интерактивного голосования

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ В СТАЦИОНАРАХ РФ (абс.)

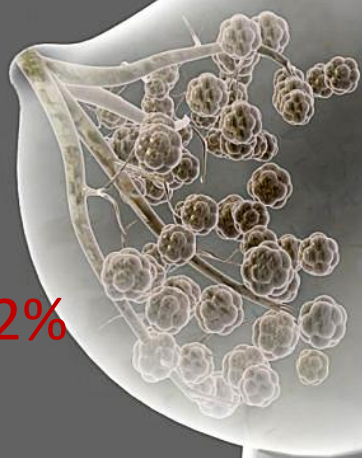


2002 2003



Динамика заболеваемости РМЖ женского населения за 2002-2011гг. (на 100000 женского населения)

40-92%



Рак молочной железы занимает:



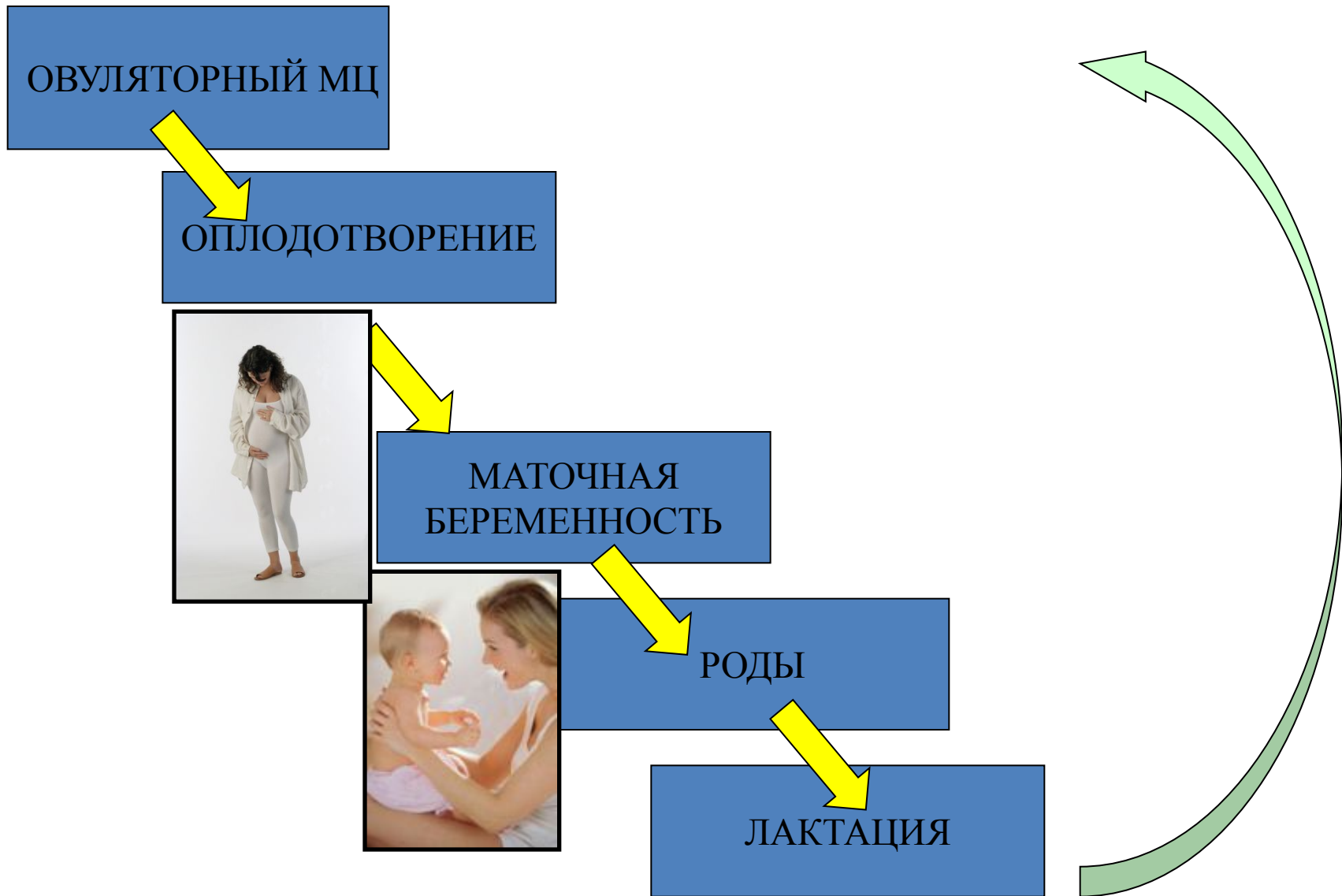
- 1. Первое место в структуре смертности населения во всем мире;**
- 2. Второе место в структуре смертности населения во всем мире;**
- 3. Первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения во всем мире;**
- 4. Первое место в структуре заболеваемости органов репродуктивной системы женщины в России;**

Рак молочной железы занимает:



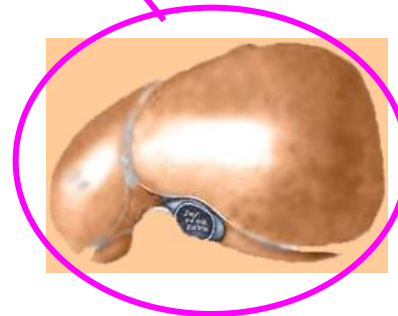
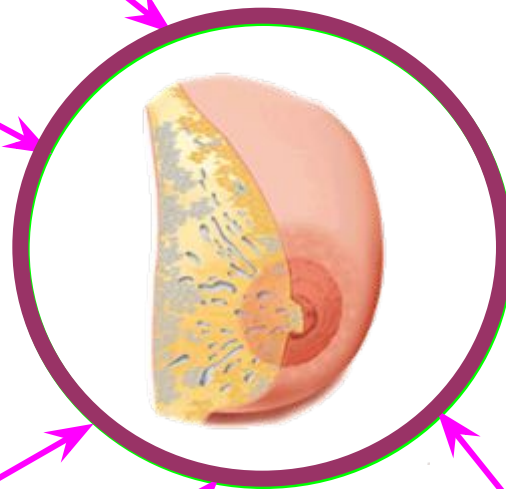
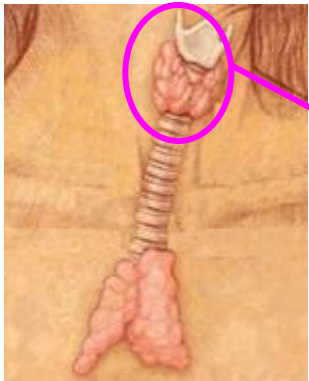
1. Первое место в структуре смертности населения во всем мире;
2. Второе место в структуре смертности населения во всем мире;
3. **Первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения во всем мире;**
4. Первое место в структуре заболеваемости органов репродуктивной системы женщины в России;

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ЦИКЛ



«ИНТЕНСИВ» ПРИРОДОЙ НЕ ПРЕДУСМОТРЕН?

МАММОГЕНЕЗ



- *Пролактин* способствует развитию лактоцитов, секреции молока, является основным гормоном, обеспечивающим лактацию.
- ◆ *Эстрогены* вызывают пролиферацию протоков и соединительной ткани молочной железы.
- *Прогестерон* - железистую трансформацию альвеол.

К какой группе желез относится молочная железа?



- 1. Железы внутренней секреции;**
- 2. Апокриновые железы кожи;**
- 3. Железы смешанной секреции;**
- 4. Добавочные железы;**

К какой группе желез относится молочная железа?



- 1. Железы внутренней секреции;**
- 2. Апокриновые железы кожи;**
- 3. Железы смешанной секреции;**
- 4. Добавочные железы;**

Железы Монтгомери- это



- 1. Сальные железы;**
- 2. Млечные железы;**
- 3. Лактофильные железы;**
- 4. Дольковые железы;**

Железы Монтгомери- это



- 1. Сальные железы;**
- 2. Млечные железы;**
- 3. Лактофильные железы;**
- 4. Дольковые железы;**

Железы Монтгомери



Железы Монтгомери, син.:
сальные железы
околососкового кружка (лат.
glandulae areolares).
Количество их может
варьировать от 4 до 28 (в
среднем — 10—12). Названы
именем ирландского
акушера — Уильяма
Фетерстоуна Монтгомери.

Морфофункциональной единицей молочной железы является:



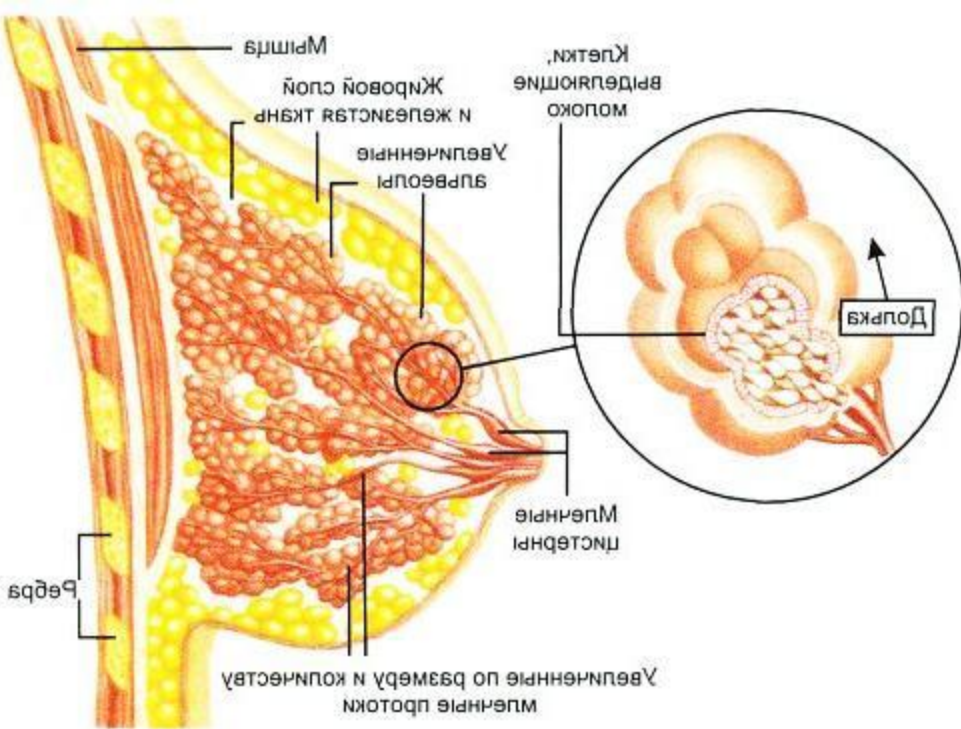
- 1. Доля;**
- 2. Долька;**
- 3. Альвеола;**
- 4. Ацинус;**

Функциональной единицей молочной железы является:



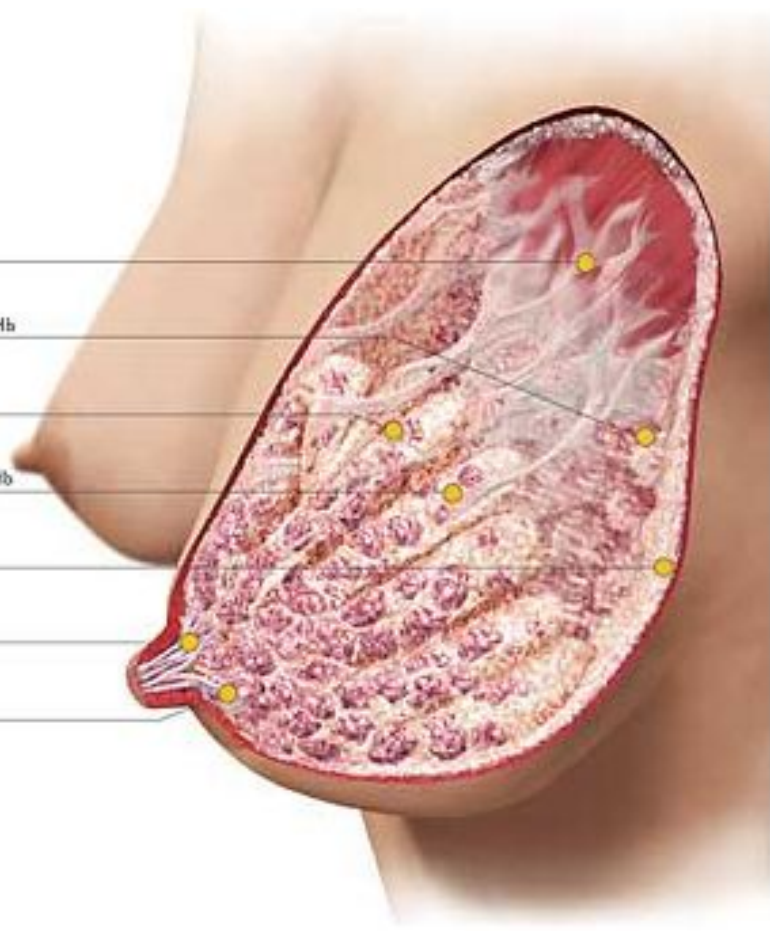
1. Доля;
2. **Долька;**
3. Альвеола;
4. Ацинус;

Молочные железы относятся к органам репродуктивной системы женского организма.



Ткань - мишень для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, тропных гормонов гипофиза и опосредованно гормонов других эндокринных желез организма.

1. Связки Купера
2. Ретромаммарная жировая ткань
3. Железистая ткань
4. Интрагландулярная жировая ткань
5. Подкожная жировая ткань
6. Главный молочный проток
7. Молочный проток



Под действием какого гормона происходит увеличение объема соединительной и жировой ткани у девочек в 11-12 лет?



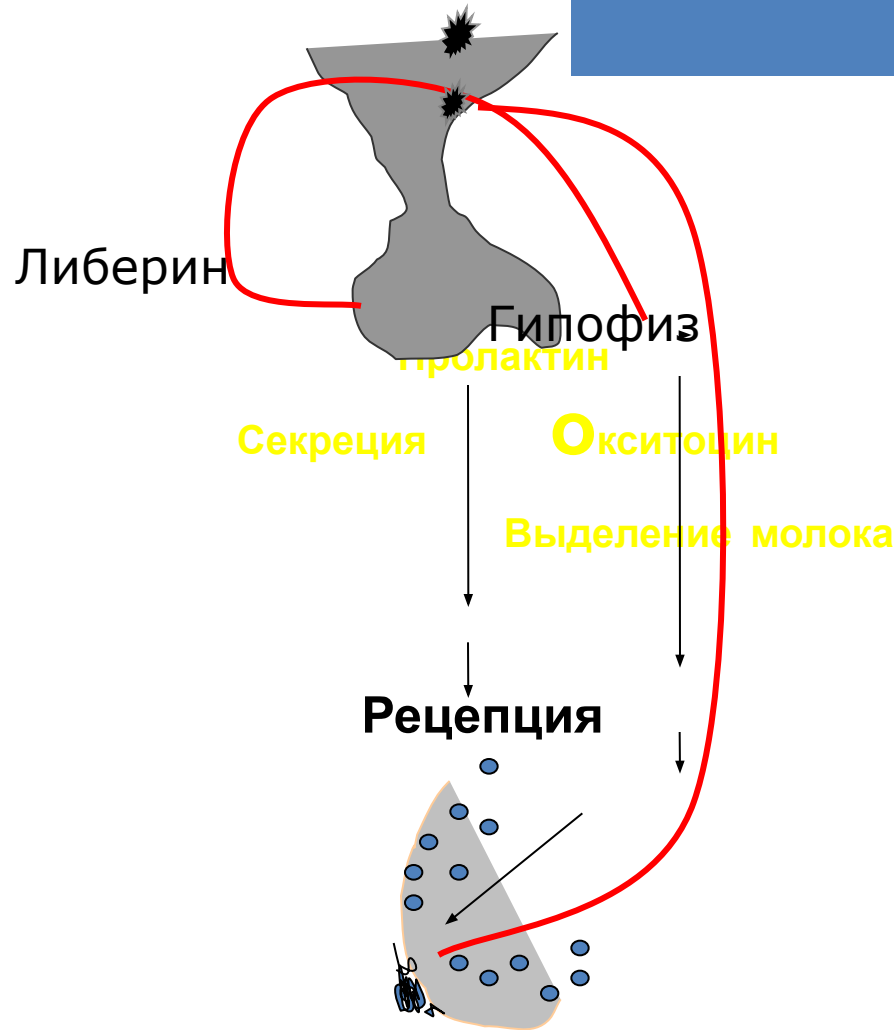
- 1. Эстрадиол;**
- 2. Пролактин;**
- 3. ФСГ;**
- 4. СТГ;**

Под действием какого гормона происходит увеличение объема соединительной и жировой ткани у девочек в 11-12 лет?



- 1. Эстрадиол;**
- 2. Пролактин;**
- 3. ФСГ;**
- 4. СТГ;**

ПАТОГЕНЕЗ:



1. ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЕ;
1. НАРУШЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЦИКЛА;
1. АКТИВАЦИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ГОРМОНАЛЬНО ЗАВИСИМЫХ ОРГАНАХ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ МИШЕНЬЮ ДЛЯ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ПРОЛАКТИНА

Что не относится к механизмам пролиферативного действия эстрогенов на молочную железу?



- 1. Прямая стимуляция клеточной пролиферации;**
- 2. Индукция синтеза факторов роста;**
- 3. Индукция процессов апоптоза;**
- 4. Стимуляция клеточного роста по средством отрицательной обратной связи;**

Что не относится к механизмам пролиферативного действия эстрогенов на молочную железу?



- 1. Прямая стимуляция клеточной пролиферации;**
- 2. Индукция синтеза факторов роста;**
- 3. Индукция процессов апоптоза;**
- 4. Стимуляция клеточного роста по средством отрицательной обратной связи;**

В какой период жизни женщины начинают развиваться функциональные элементы- дольки и протоки?



- 1. С рождения;**
- 2. С наступлением менархе;**
- 3. В период беременности;**
- 4. В постменопаузе;**

В какой период жизни женщины начинают развиваться функциональные элементы- дольки и протоки?



1. С рождения;
2. С наступлением менархе;
3. В период беременности;
4. В постменопаузе;

Полное развитие молочная железа достигает при переходе к функциональному состоянию в период...



- 1. В период половой зрелости;**
- 2. В период овуляции;**
- 3. В период лактации;**
- 4. В случае наступления беременности;**

Полное развитие молочная железа достигает при переходе к функциональному состоянию в период...



1. В период половой зрелости;
2. В период овуляции;
3. В период лактации;
4. В случае наступления беременности;

Инволютивные процессы в молочной железе – это



1. Это регрессирование железистой ткани сразу после периода вскармливание;
2. Это атрофия железистой ткани в позднем репродуктивном периоде в отсутствии лактации в анамнезе;
3. Это превалирование жирового компонента над железистым в перименопаузальном периоде;
4. Это тотальное фиброзирование железистой ткани;

Инволютивные процессы в молочной железе – это



1. Это регрессирование железистой ткани сразу после периода вскармливание;
2. Это атрофия железистой ткани в позднем репродуктивном периоде в отсутствии лактации в анамнезе;
3. Это превалирование жирового компонента над железистым в перименопаузальном периоде;
4. Это тотальное фиброзирование железистой ткани;

© Lennart Nilsson/Albert Bonniers Forlag



Не все предопухолевые изменения переходят в рак



Это зависит от степени выраженности пролиферативных процессов в ткани молочной железы, которые регулируются системными и клеточными механизмами

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КСЕНОБИОТИКОВ



за счет конкурентного связывания с рецепторами половых стероидов, что дает основание считать их эндокринными «нарушителями» с гормоноподобными свойствами

ГИПОТЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПАТОГЕНЕЗА МИОМЫ МАТКИ И ДДМЖ



Ведущим в патогенезе ДДМЖ является:



- 1. Гипертиреоз;**
- 2. Гиперпролактинемия;**
- 3. Гиперандрогения;**
- 4. Относительная гиперэстрогения;**

Ведущим в патогенезе ДДМЖ является:



1. Гипертиреоз;
2. **Гиперпролактинемия;**
3. Гиперандрогения;
4. Относительная гиперэстрогения;



Глобальность воздействия любых гормоноподобных и гормональных веществ на рецепторный аппарат всей репродуктивной системы обуславливает неоспоримую связь и общность многих гинекологических заболеваний и доброкачественных болезней молочных желез.

Доброкачественная дисплазия молочной железы - ЭТО



- 1. Тотальная жировая инволюция;**
- 2. Тотальное фиброзирование ткани с нарушением процессов апоптоза;**
- 3. Это нарушение процессов пролиферации с формированием ненормального соотношения эпителиального и соединительно- тканного компонентов;**
- 4. Нарушение функции ацинусов с развитием инфильтрации и отека;**

Доброкачественная дисплазия молочной железы - ЭТО



1. **Тотальная жировая инволюция;**
2. **Тотальное фиброзирование ткани с нарушением процессов апоптоза;**
3. **Это нарушение процессов пролиферации с формированием ненормального соотношения эпителиального и соединительно- тканного компонентов;**
4. **Нарушение функции ацинусов с развитием инфильтрации и отека;**

ПРОБЛЕМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ДИСПЛАЗИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ (влияние региональных особенностей, репродуктивного поведения, лактации и вскармливания, контрацепции и питания)

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (не установлена достоверная связь с другими органами репродуктивной системы и сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ НЮАНСЫ (роль генетических детерминант, гормонов, рецепторов стероидных гормонов, иммунологической регуляции)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (недорогой и информативный скрининг, доступный для населения всех социальных слоев)

ЛЕЧЕБНЫЕ СЛОЖНОСТИ (неясны роль и место хирургического и консервативного лечения в комплексной терапии)

Образ жизни и окружающая среда – как факторы, повышающие риск:



□ Физическая активность.

По данным ВОЗ, гиподинамия вызывает примерно 10–16 % всех случаев РМЖ во всех странах мира

□ Алкоголь.

□ Курение.

□ Радиация.

□ Географическое расположение и питание.

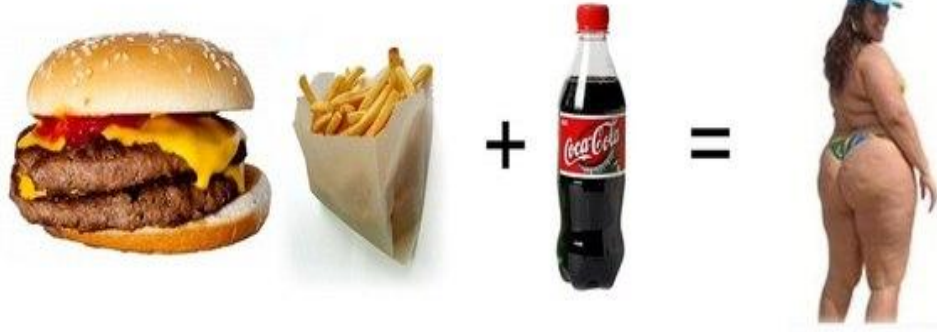
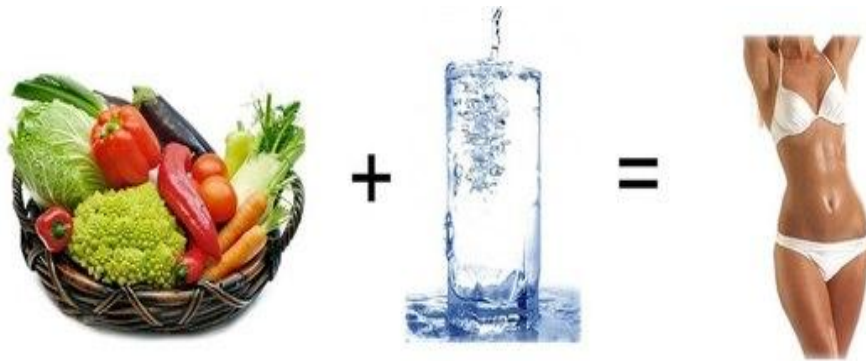
Великобритания – 27,7 смертей на 100 000 населения.

Китай и Япония – 4,9 и 6,6 случаев смерти на 100 000 населения

□ Экология. Жительницы больших городов, индустриально развитых регионов болеют раком груди чаще, чем сельское население



Характер питания и диета оказывают влияние на метаболизм стероидных гормонов



- Избыток жиров в диете способствует повышению уровня **эстрогенов**, влияет на способность мембран к рецепции **пролактина**, что увеличивает размеры доброкачественных поражений;
- Утилизация эстрогенов происходит в печени – любые нарушения диеты, затрудняющие или ограничивающие функционирование печени (*жирная пища, алкоголь, гепатотоксичные в-ва*) со временем могут оказать влияние на **клиренс эстрогенов** (Л.Сребный, Л. Балтуня)

Индивидуальные факторы риска:



- **Пол:**

соотношение заболевших мужчин и женщин равно 135 :1

- **Возраст:**

наибольший риск ДДМЖ в возрасте 55 – 65 лет;

10% пациенток относятся к группе моложе 30 лет.

- **Менструальный статус:**

раннее менархе (<13 лет)- риск возрастает в 2,5 раза;

поздняя менопауза (после 50 лет);

длительный период климактерия (78 % пациенток имеют климактерические расстройства).

- **Состояние репродуктивной системы:**

поздние первородящие (первая беременность и первые роды в группе старше 30 лет).

- ❖ **Гиперэстрогения** и недостаточность функции желтого тела с понижением прогестерона, развитие отеков
- ❖ **Гиперэстрогения** -----влияние на обмен биогенных аминов: серотонина и дофамина ----эмоциональная лабильность, раздражительность, нервозность
- ❖ **Гиперпролактинемия**



Женское одиночество

В мире все больше одиноких, не реализовавших свой потенциал женщин.

А одиночество - это хронический стресс, который сам собой представляет фактор риска. Стресс в наше время - явление повсеместное. Он приводит к сбоям во всех системах человеческого организма, в том числе и в иммунной системе.



Что не относится к факторам риска развития ДДМЖ:



1. **Репродуктивная функция;**
2. **Лактационный анамнез;**
3. **ДСТ;**
4. **Гиподинамия;**

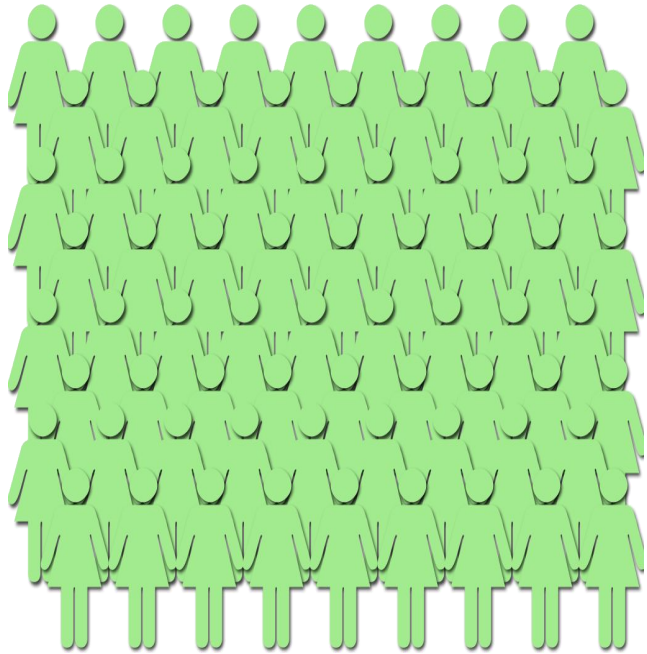
Что не относится к факторам риска развития ДДМЖ:



1. Репродуктивная функция;
2. Лактационный анамнез;
3. **ДСТ;**
4. Гиподинамия;

Стратегия риска!

Семейные (наследственные) факторы, повышающие риск:



- ❑ ген BRCA (от английского выражения breast cancer) определяет предрасположенность к раку молочной железы. Вероятность развития рака у носителей этого гена зависит от возраста: в возрасте до 50 лет она составляет 30-40%, до 70 лет - 82%.
- ❑ вероятность заболевания возрастает соответственно числу родственников I степени родства (мать, родная сестра, дочь), болевших раком груди до 40 лет;
- ❑ если у одной из монозиготных сестер-близнецов был диагностирован рак молочной железы, то у 80% - и у второй (у гетерозиготных – у 30%).

Репродуктивная функция и семейный анамнез как факторы риска РМЖ (Lodha R, India): отягощенный семейный анамнез по РМЖ может способствовать возникновению РМЖ.

ЗАДАЧА

- С каким заболеванием Вы встретились?
- Как верифицировать диагноз?
- От чего зависит прогноз заболевания?
- Какой вариант лечения предполагается в данном случае?
- Рак левой молочной железы.
- Маммография, рентгеновское исследование легких. Пункционная биопсия.
- Прогноз зависит от стадии процесса.
- Комбинированный

У пациентки 47 лет, в проекции нижне-наружного квадранта левой молочной железы определяется малоподвижное, безболезненное, плотное, образование размерами 5x4 см. **Отягощенный семейный анамнез по раку у родственников I степени родства.** Кожные покровы в проекции новообразования изменены по типу «лимонной корки». Патологических выделений из соска нет.

Контрацепция и ДДМЖ

- Низко- и микродозированные КОК с высокоактивным гестагенным компонентом последнего поколения.
- Дезогестрел - снижает пролиферативную активность клеток молочных желёз.

Контрацепция



$$R = -0,17$$

КОК и риск РМЖ / рака яичников (Vui KT, Australia): применение КОК женщинами с отягощенным семейным анамнезом по РМЖ и раку яичников не увеличивает риск развития РМЖ.

Репродуктивная функция и семейный анамнез как факторы риска РМЖ (Lodha R, India): использование КОК может способствовать возникновению РМЖ, в то время как выполненная лактационная функция уменьшает.

ДДМЖ и аборт

**Половое
воздержание**



Будь, что будет



**гиперплазированная ткань подвергается
обратному развитию и является пусковым
моментом для формирования диффузных и
узловых мастопатий**

Репродуктивные факторы риска РМЖ (Наjian-Tilaki КО, Iran): поздний возраст первых родов и аборты в анамнезе были самыми важными репродуктивными факторами риска развития РМЖ.

Влияние стимуляции суперовуляции на состояние молочных желез при использовании экстракорпорального оплодотворения



- ❑ Применение индукторов овуляции в методах ВРТ **изменяет нормальные механизмы отбора и созревания яичниковых фолликулов.**
 - ❑ **Уровень эстрадиола в фолликулиновую фазу в несколько раз выше,** чем в спонтанных циклах, и сохраняется таким в течение длительного времени.
 - ❑ Индукция овуляции ведет к увеличению числа клеток гранулезы и, как следствие, **к повышению уровня сывороточного прогестерона, который в 3-7 раз превышает таковой в нестимулированных циклах.**
- Стимуляция суперовуляции по короткому протоколу без предварительной десенситизации гипофиза агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона сопровождается большей частотой развития патологии молочных желез в сравнении с длинным протоколом (С.С.Зинева, 2007)

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ДДМЖ



ЗГТ эстрогенами или комбинированными препаратами, применяемая для профилактики и лечения климактерического синдрома, включая профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, болезней опорно-двигательного аппарата, мочеполовых расстройств и др., в последнее десятилетие довольно широко распространилась в США, Западной Европе и, в меньшей степени, в России.

Эффекты ЗГТ на развитие РМЖ (Ross RK, USA): применение комбинированных препаратов в качестве ЗГТ увеличивает риск развития РМЖ по сравнению с использованием чистых эстрогенов.

ЗГТ и риск РМЖ (Schairer C, USA): использование комбинированных препаратов для ЗГТ увеличивает риск рака молочной железы

На клиренс эстрогенов не оказывает влияние:



- 1. Рацион богатый жирами;**
- 2. Употребление алкоголя;**
- 3. Прием витаминов;**
- 4. Заболевания печени;**

На клиренс эстрогенов не оказывает влияние:



1. Рацион богатый жирами;
2. Употребление алкоголя;
3. Прием витаминов;
4. Заболевания печени;

К факторам риска ДДМЖ не относится:



1. Раннее менархе;
2. Раннее первородящие;
3. Ранняя менопауза;
4. Поздние первородящие;

К факторам риска ДДМЖ не относится:



- 1. Раннее менархе;**
- 2. Раннее первородящие;**
- 3. Ранняя менопауза;**
- 4. Поздние первородящие;**

К факторам риска развития ДДМЖ в репродуктивном возрасте относятся:



- 1. Искусственное прерывание беременности;**
- 2. Гиперандрогения;**
- 3. Нарушение толерантности к глюкозе;**
- 4. Сахарный диабет;**

К факторам риска развития ДДМЖ в репродуктивном возрасте относятся:



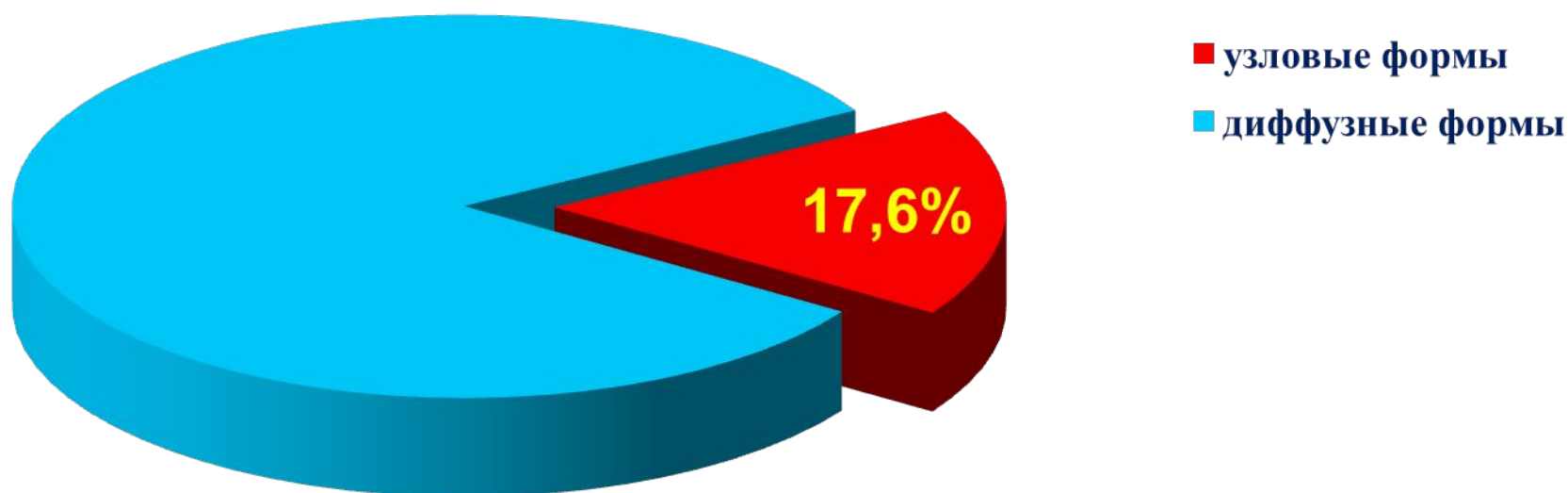
- 1. Искусственное прерывание беременности;**
- 2. Гиперандрогения;**
- 3. Нарушение толерантности к глюкозе;**
- 4. Сахарный диабет;**

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

- ❑ дискуссионность этиологии и патогенеза миомы матки и ДДМЖ
- ❑ недостаточная эффективность современных методов диагностики ДДМЖ у гинекологических больных на доклиническом этапе и на ранних стадиях развития
- ❑ отсутствие регламентированного комплексного обследования и патогенетического лечения этого контингента гинекологами



СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ



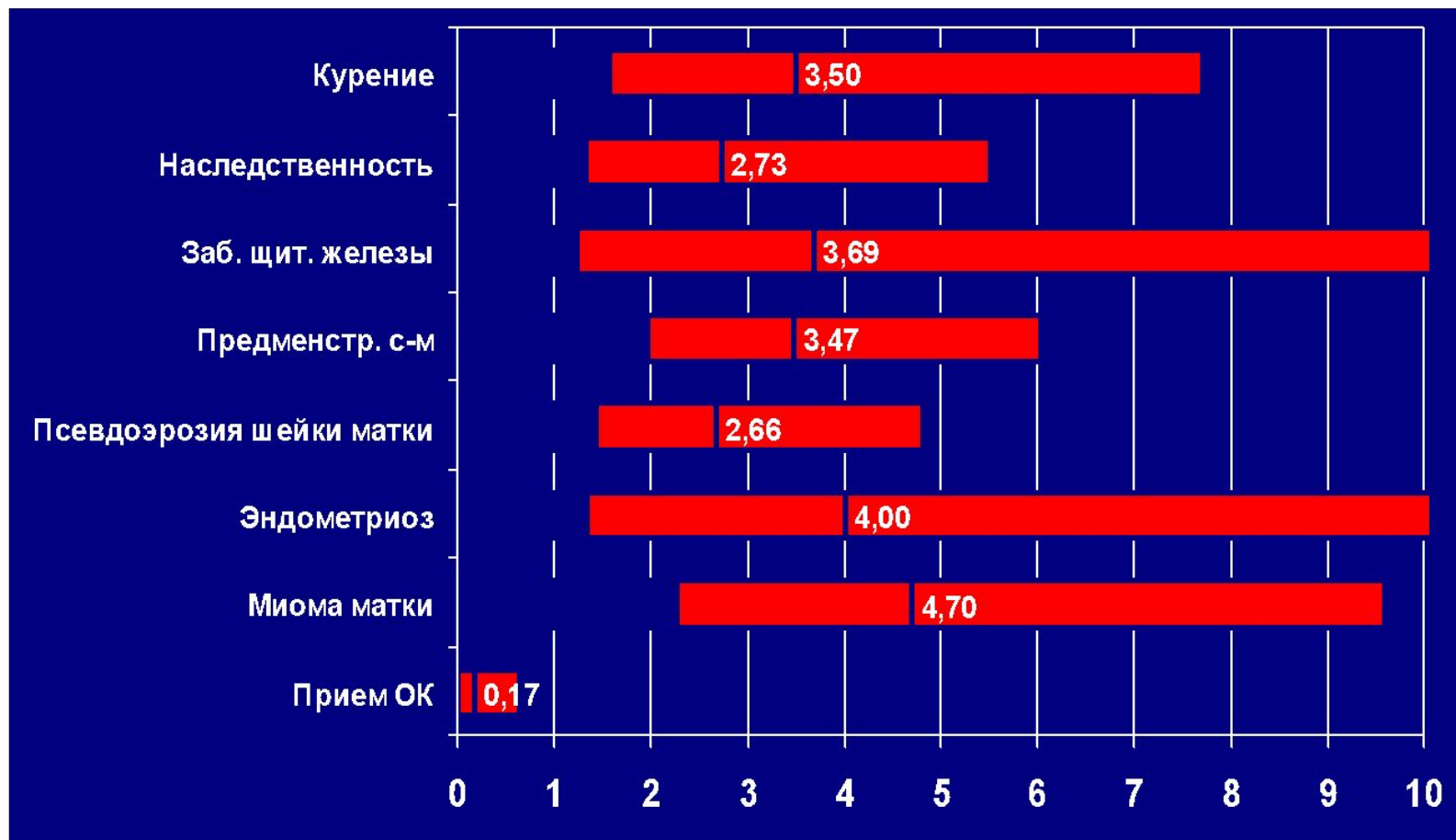
64,6% оперированы на молочной железе по поводу узловых форм
ДДМЖ

27% оперированы повторно !

Результаты корреляционного анализа (непараметрический метод Спирмена)

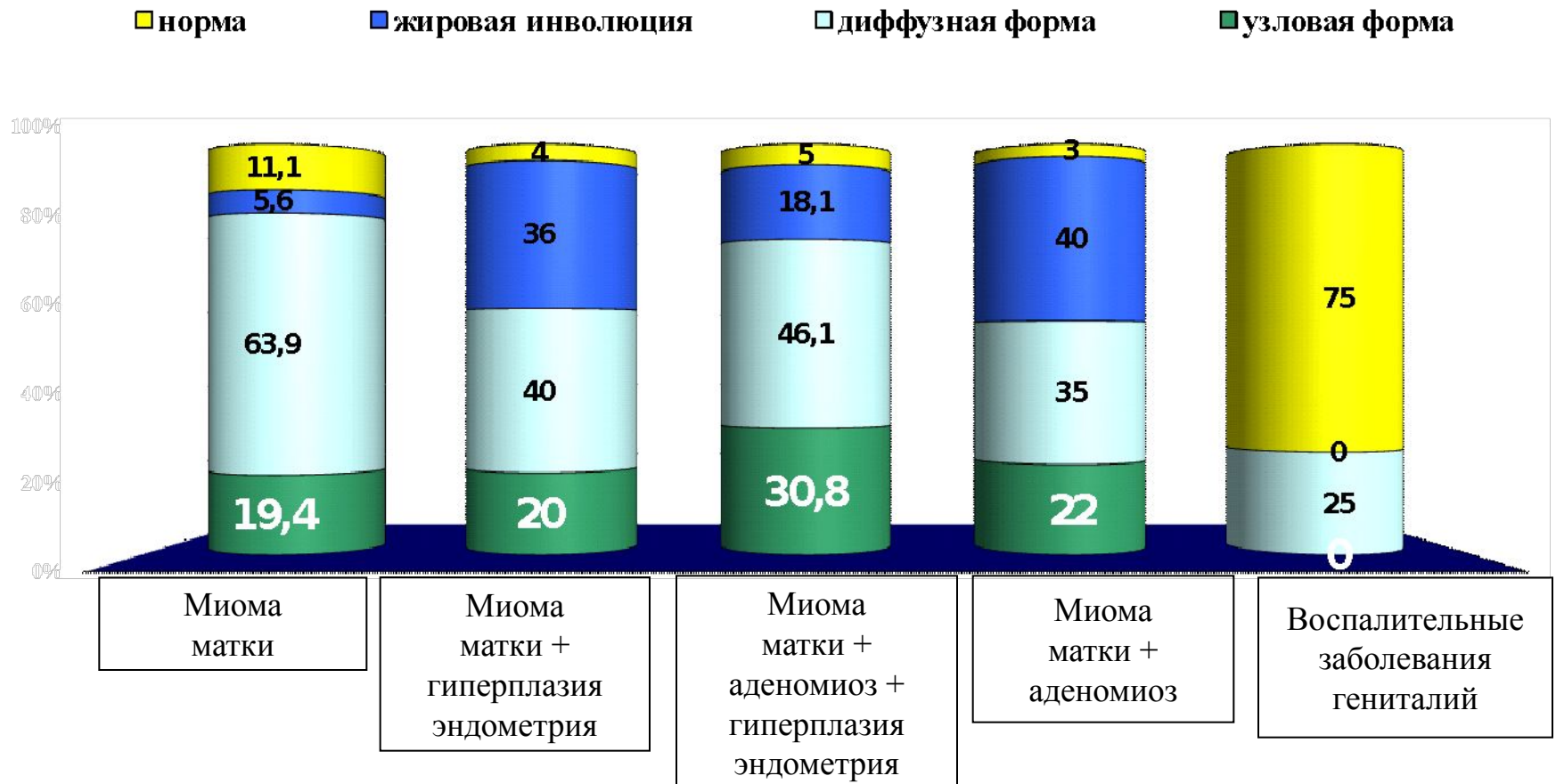
ФАКТОР	R	P
Возраст начала половой жизни	0,27	0,0000
диета	0,26	0,0000
нарушение процессов вскармливания	0,21	0,0003
КУРЕНИЕ	0,19	0,0011
перегрузки	0,19	0,0009
наследственность	0,16	0,0037
длительный психический стресс	0,15	0,0066
нарушение репродуктивной функции	0,14	0,0115
раннее начало менструаций	0,13	0,0258
аборты	0,12	0,0406
нарушение ритма менструаций	0,11	0,0482
Прием оральных контрацептивов	-0,17	0,0034
Количество родов	0,22	0,0001

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДДМЖ

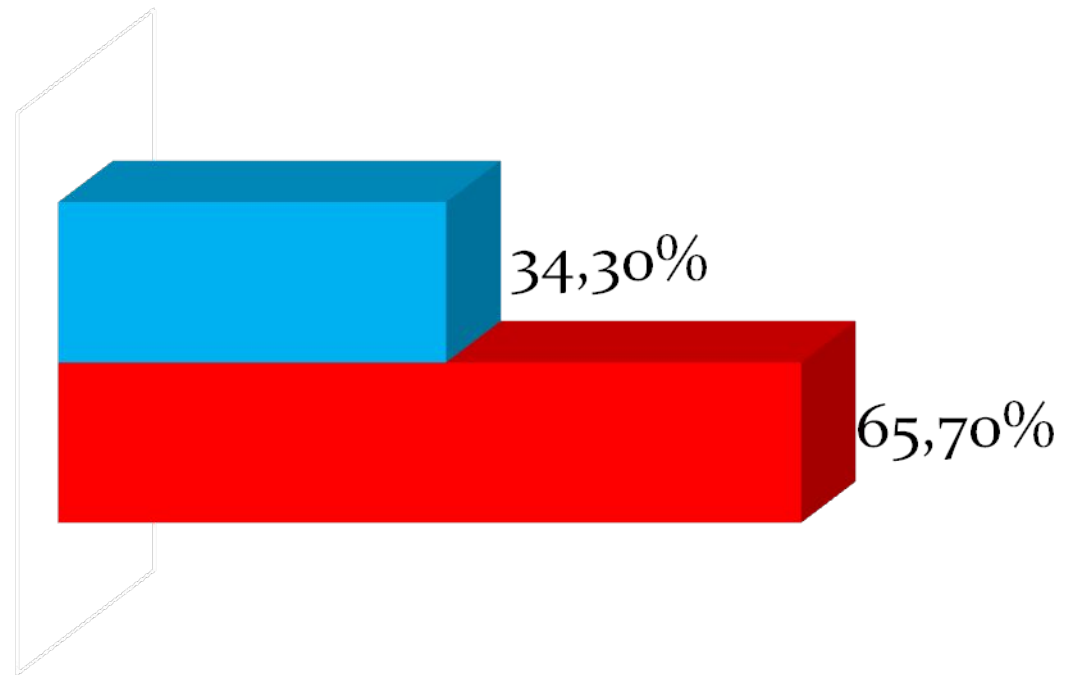


**Отношение шансов
(риск развития ДДМЖ при наличии фактора, разы)**

СТРУКТУРА ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ, %



ЧАСТОТА ДИФFUЗНЫХ ФОРМ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ



- без гинекологических заболеваний
- предменструальный синдром, НМЦ, дисменорея

Узловые формы (фиброаденома, кисты, внутрипротоковая папиллома)

73,8%*

Гиперплазия с
пролиферацией
эпителия

Заболевания молочной железы чаще всего сочетаются с:



- 1. Заболеваниями органов грудной клетки;**
- 2. Лимфаденопатией;**
- 3. Онкогематологическими заболеваниями;**
- 4. Заболеваниями гениталий;**

Заболевания молочной железы чаще всего сочетаются с:



1. **Заболеваниями органов грудной клетки;**
2. **Лимфаденопатией;**
3. **Онкогематологическими заболеваниями;**
4. **Заболеваниями гениталий;**

ЗАДАЧА

- С каким заболеванием Вы встретились?
 - Какие мероприятия необходимы прежде всего для верификации диагноза?
 - Какова тактика лечения?
 - Какие варианты развития ситуации возможны и о чем необходимо предупредить пациентку?
- Вероятнее всего это фиброаденома правой молочной железы.
 - Необходимо выполнить пункционную биопсию, маммографию.
 - В случае фиброаденомы, показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием макропрепарата.
 - В случае обнаружения атипичных клеток в биоптате, понадобится мастэктомия, о чем обязательно, должна быть предупреждена

Пациентка 32 лет, обратилась с жалобами на наличие пальпируемого «узелка» в правой молочной железе, болезненные ощущения в области «узелка» во время месячных. При внешнем осмотре молочные железы симметричны, кожные покровы нормальной окраски, соски без видимой патологии. Пальпаторно, в области верхне-наружного квадранта, определяется плотное, подвижное, безболезненное образование, диаметром около 8 мм. Патологических выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не

ГОТОВЫ ЛИ ГИНЕКОЛОГИ ЛЕЧИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ?

**Кроме гинекологов , лечить
заболевания молочной железы
некому, поскольку участково-
территориальный принцип в нашей
стране соблюдается только
терапевтами и акушерами-
гинекологами.**

ЕДИНАЯ СЛУЖБА ГИНЕКОЛОГОВ И МАММОЛОГОВ



**ТОТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ВСЕХ ОБРАЩАЮЩИХСЯ
МАММОЛОГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО
ЕДИНОЙ ПРОГРАММЕ**

Из Приложения к приказу Министерства
здравоохранения №808н
от 2.10.2009 г.

АНАМНЕЗ

Установление возможных факторов риска ДДМЖ

Для женщин репродуктивного возраста:

раннее менархе,
неблагоприятные факторы репродуктивного и
гинекологического анамнеза (аборты,
прогестерондефицитные состояния, невынашивание, лактация
менее 6 мес., дисфункциональные маточные кровотечения,
бесплодие);

Для женщин в постменопаузе:

ожирение,
инсулинорезистентность,
компенсаторная гиперинсулинемия,
сахарный диабет 2 типа,
приём пищи с высоким содержанием жиров,
кофе,
низкая физическая активность).

ДИАГНОСТИКА

Самопальпация молочной железы

когда размер пальпируемого образования более 1 см.

Минимальный размер образований в молочной железе, выявляемый при пальпации составляет:



- 1. Менее 1 см;**
- 2. Не менее 2,5 см;**
- 3. Любых размеров;**
- 4. Более 1 см;**

Минимальный размер образований в молочной железе, выявляемый при пальпации составляет:



- 1. Менее 1 см;**
- 2. Не менее 2,5 см;**
- 3. Любых размеров;**
- 4. Более 1 см;**

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

ЖАЛОБЫ,

УЗ-, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

ТЕСТЫ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ДИАГНОСТИКА

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

МОЛОЧЕЖЕЗНО-ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧКОВО-ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ

УЗ-ИССЛЕДОВАНИЕ

МАММОГРАФИЯ

ПУНКЦИЯ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ

ДУКТОГРАФИЯ

ПНЕВМОЦИСТОГРАФИЯ
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ,

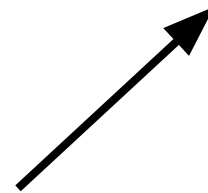
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ

ИССЛЕДОВАНИЯ

ДИАГНОСТИКА

МАММОГРАФИЯ

ДУКТОГРАФИЯ



Маммография проводится:



- 1. На 5-7 день менструального цикла;**
- 2. На 7-10 день менструального цикла;**
- 3. На 5-10 день менструального цикла;**
- 4. На 10-14 день менструального цикла;**

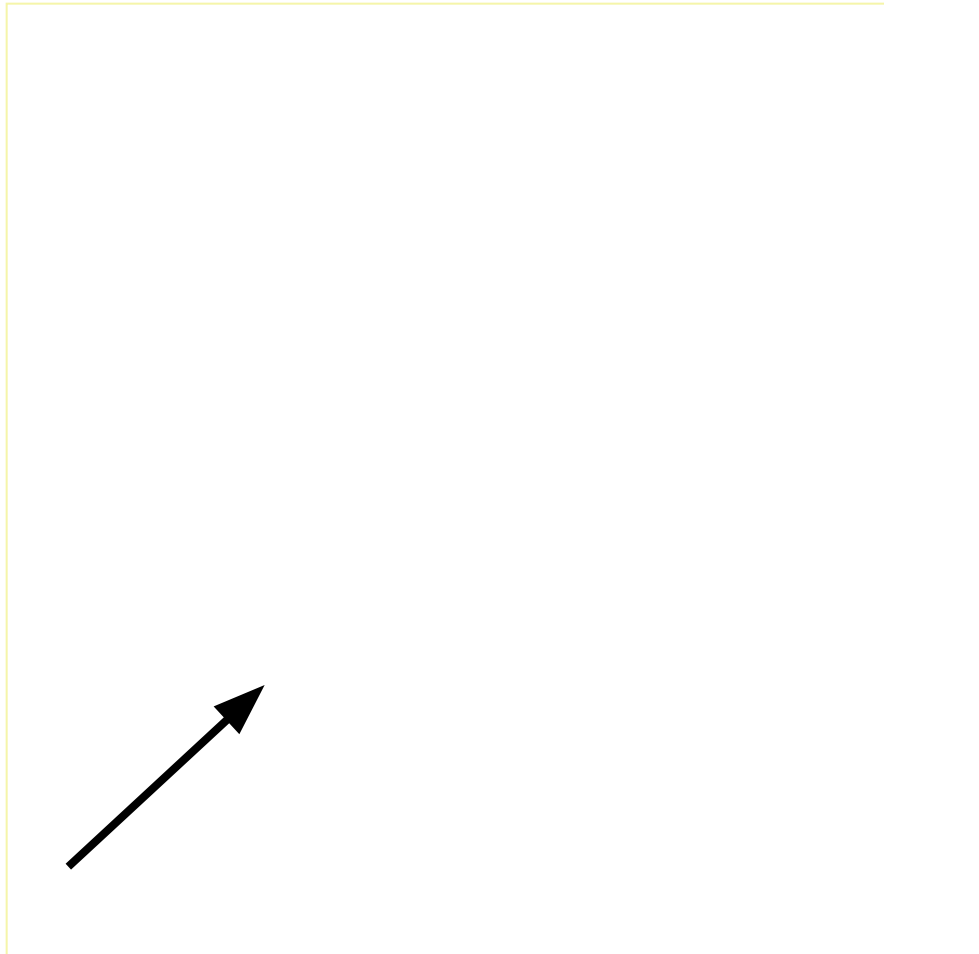
Маммография проводится:



- 1. На 5-7 день менструального цикла;**
- 2. На 7-10 день менструального цикла;**
- 3. На 5-10 день менструального цикла;**
- 4. На 10-14 день менструального цикла;**

ДИАГНОСТИКА

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ (УЗИ)



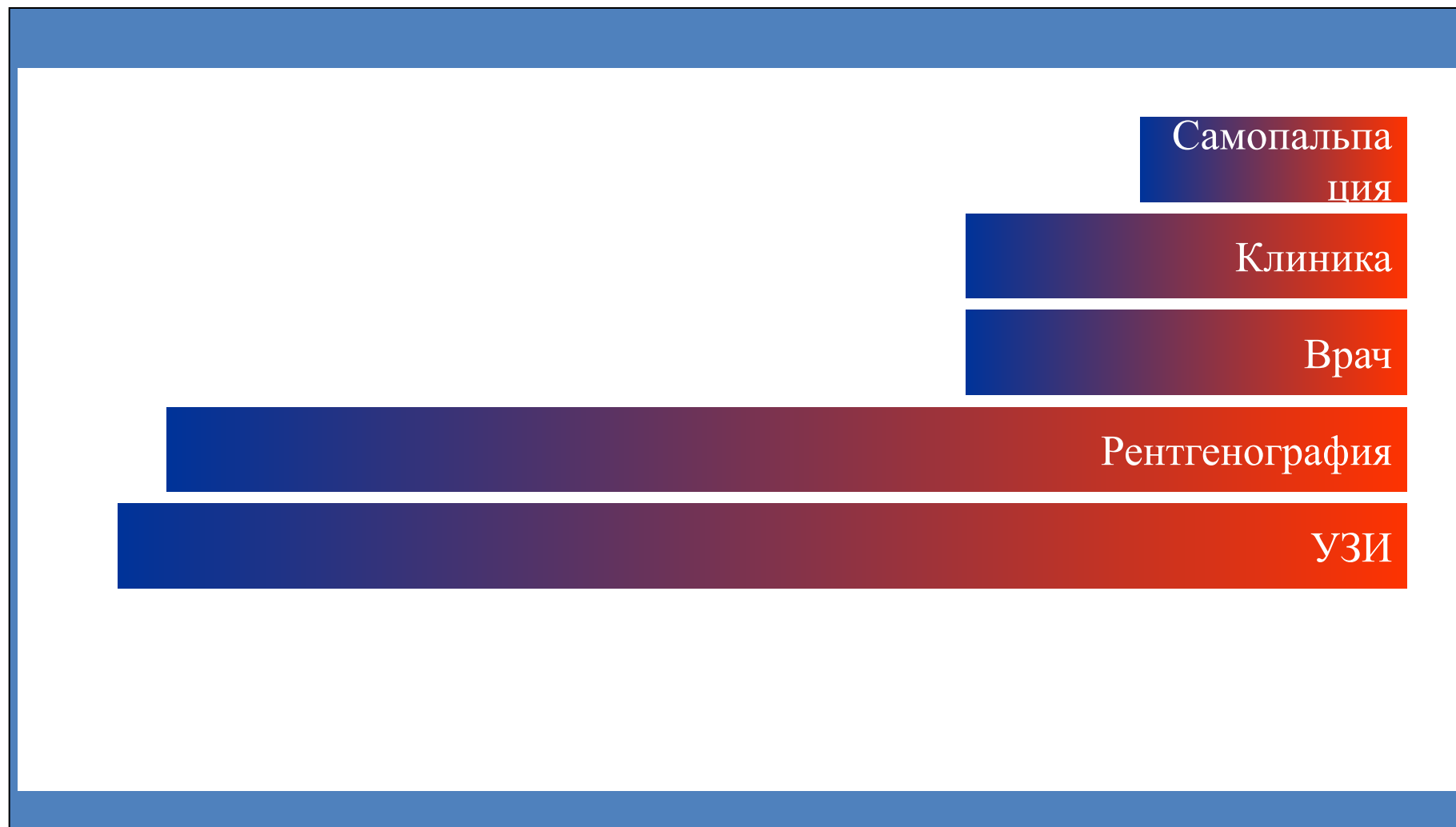
ДИАГНОСТИКА

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ

ДИАГНОСТИКА

ТЕРМОГРАФ ИЯ

Возможности диагностических методов (маммографическое «окно»)



Основным методом объективной оценки состояния молочных желез является:



- 1. Осмотр;**
- 2. пальпация;**
- 3. рентгеномаммография;**
- 4. КТ;**

Основным методом объективной оценки состояния молочных желез является:



1. Осмотр;
2. пальпация;
3. рентгеномаммография;
4. КТ;

Показанием для маммографии является:



- 1. Контроль за гормональным лечением эндометриоза;**
- 2. Входит в комплекс обследования бесплодной пары;**
- 3. Назначение ЗГТ;**
- 4. Обследование беременных и лактирующих;**

Показанием для маммографии является:



- 1. Контроль за гормональным лечением эндометриоза;**
- 2. Входит в комплекс обследования бесплодной пары;**
- 3. Назначение ЗГТ;**
- 4. Обследование беременных и лактирующих;**

Показанием для УЗИ молочных желез является:

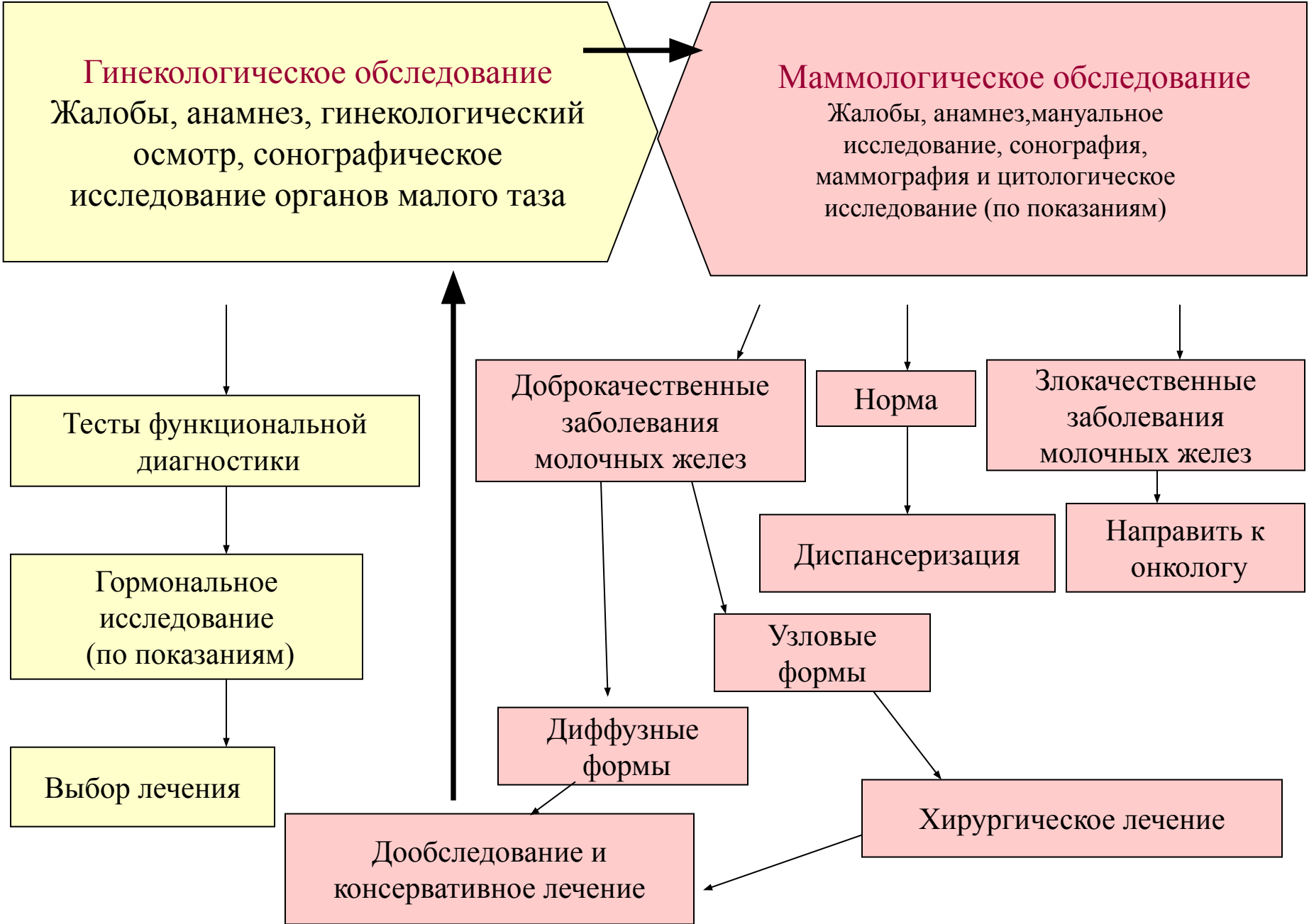


- 1. Контроль за гормональным лечением эндометриоза;**
- 2. Входит в комплекс обследования бесплодной пары;**
- 3. При назначении ЗГТ;**
- 4. Обследование беременных и лактирующих;**

Показанием для УЗИ молочных желез является:



- 1. Контроль за гормональным лечением эндометриоза;**
- 2. Входит в комплекс обследования бесплодной пары;**
- 3. При назначении ЗГТ;**
- 4. Обследование беременных и лактирующих;**



АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- высокая частота распространения миомы матки, а также совместной встречаемости миомы матки и аденомиоза
- «омоложение контингента заболевших
- рост числа гистерэктомий
- дискуссионность этиологии и патогенеза
- недостаточная эффективность современных методов диагностики у гинекологических больных на доклиническом этапе и на ранних стадиях развития
- отсутствие регламентированного комплексного обследования и патогенетического лечения этого контингента гинекологами

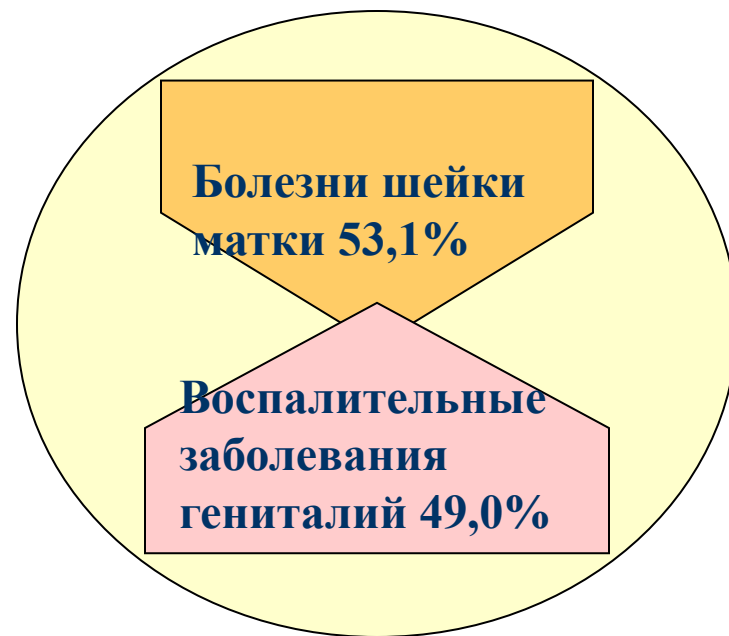
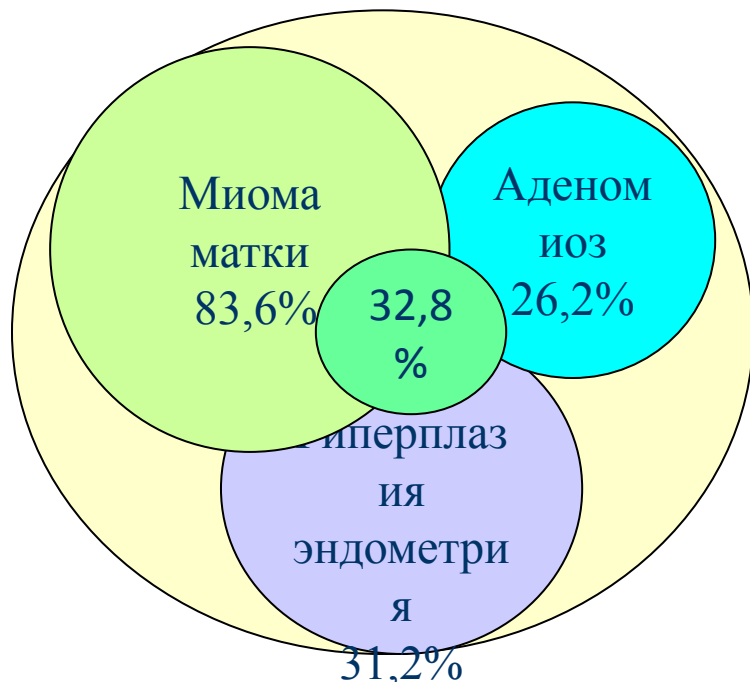
Структура гинекологической

Кисты
яичников 8,2%

Бесплодие
6,6%

Бесплодие
2,0%

Кисты
яичников 4,1%



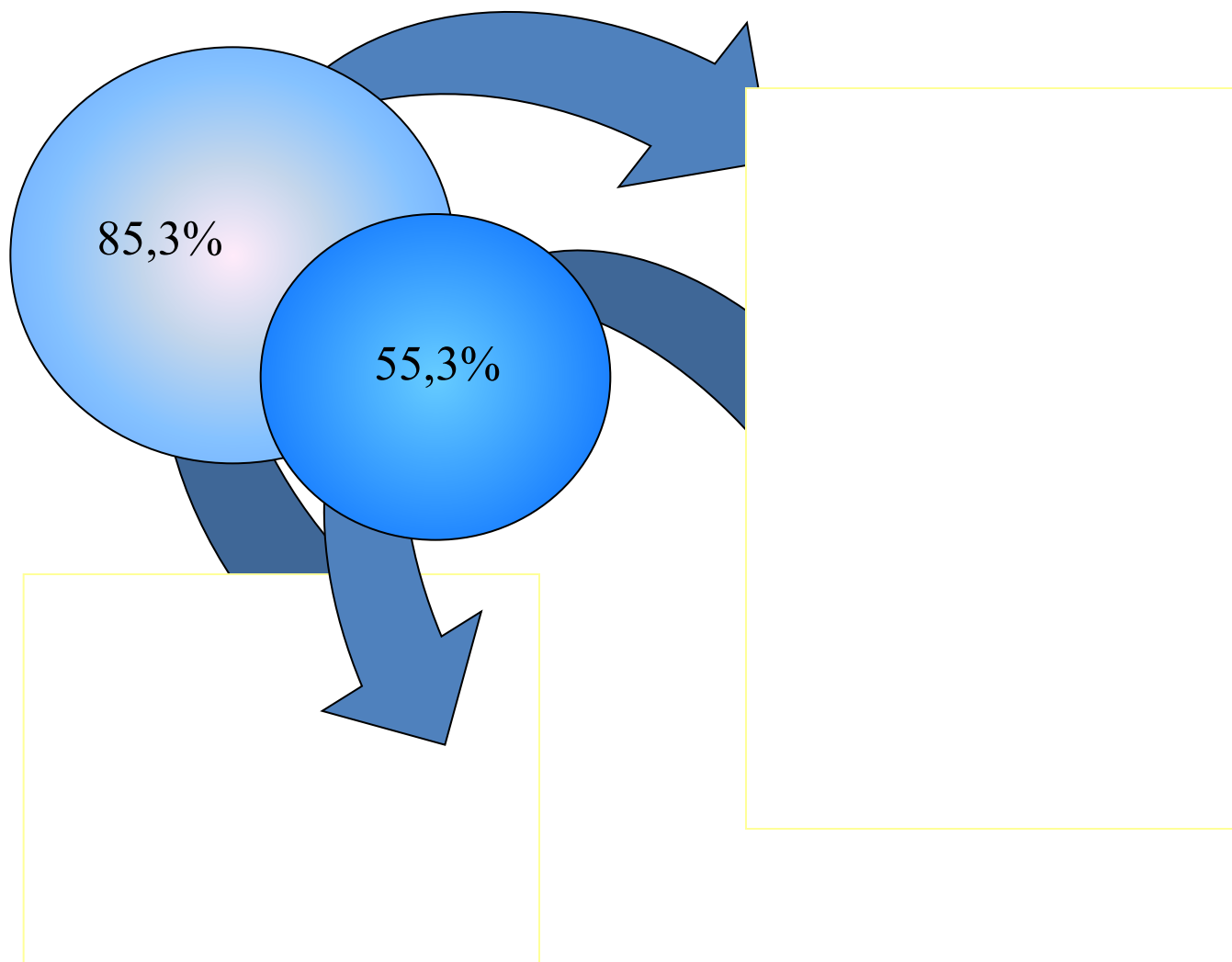
Дисфункции
яичников 9,8%

Воспалительные
заболевания
гениталий 29,5%

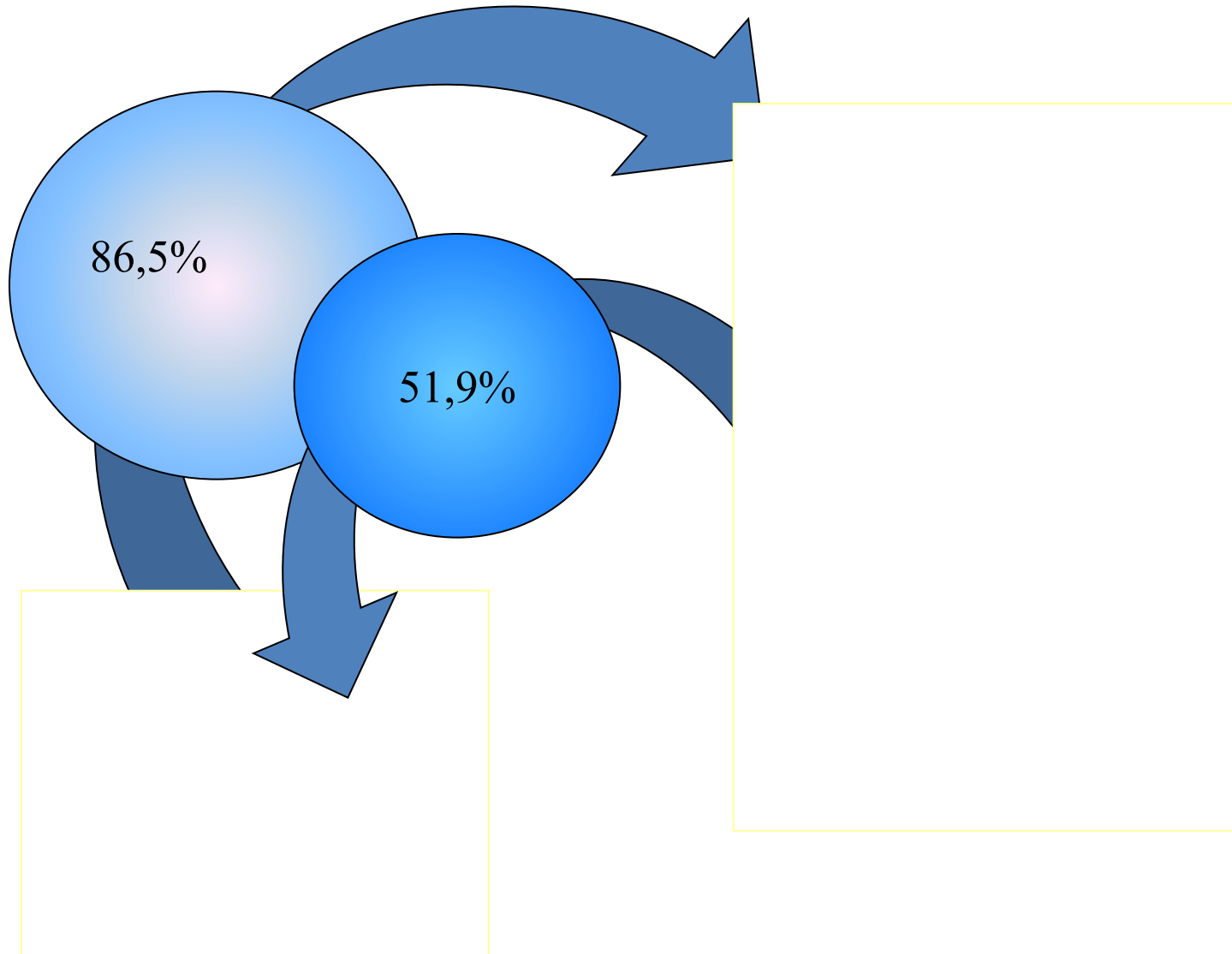
Болезни шейки
матки 54,1%

Дисфункции
яичников 20,4%

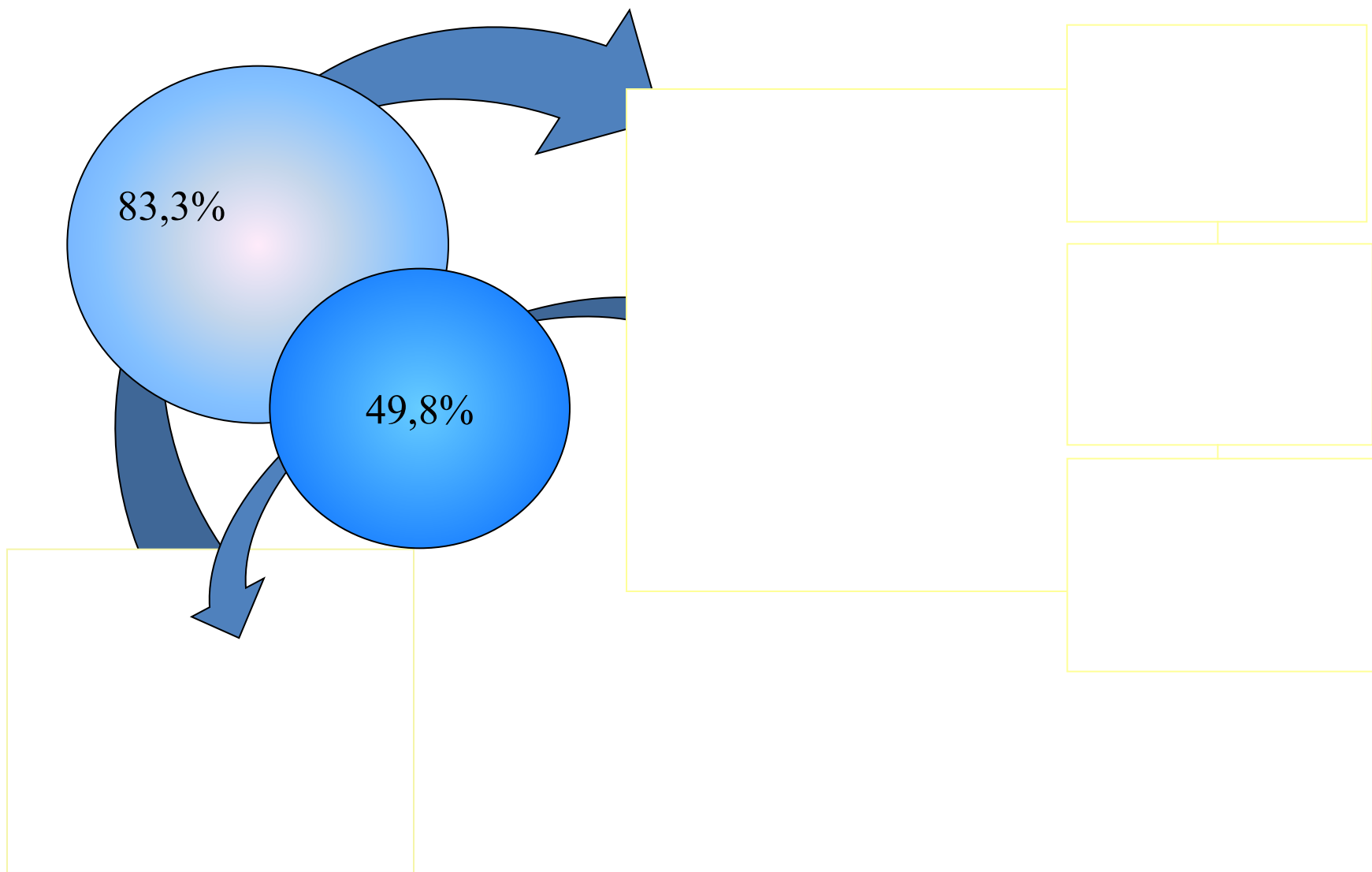
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДДМЖ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ



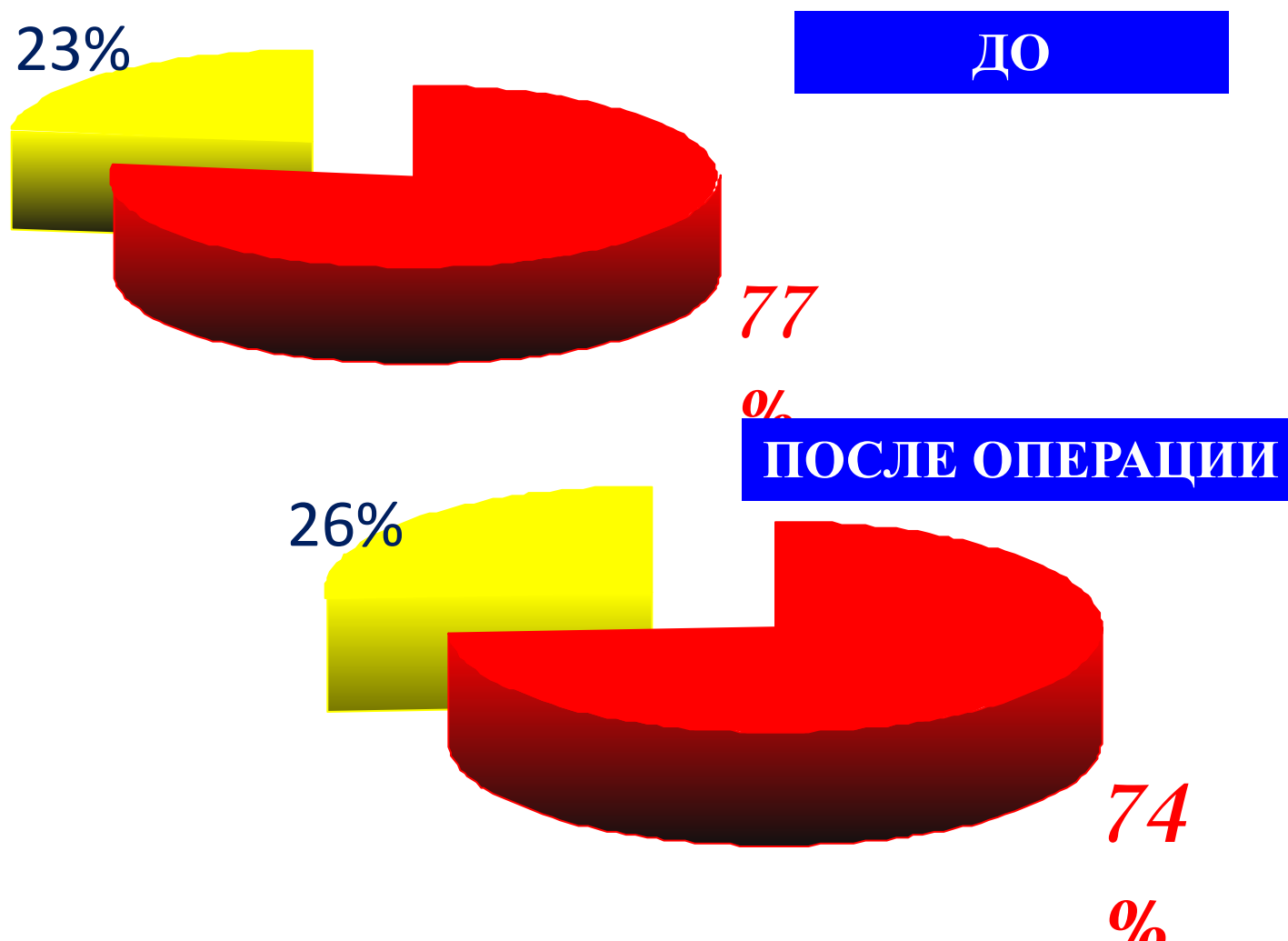
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДДМЖ У ЖЕНЩИН С ВНУТРЕННИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ



ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДДМЖ У ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

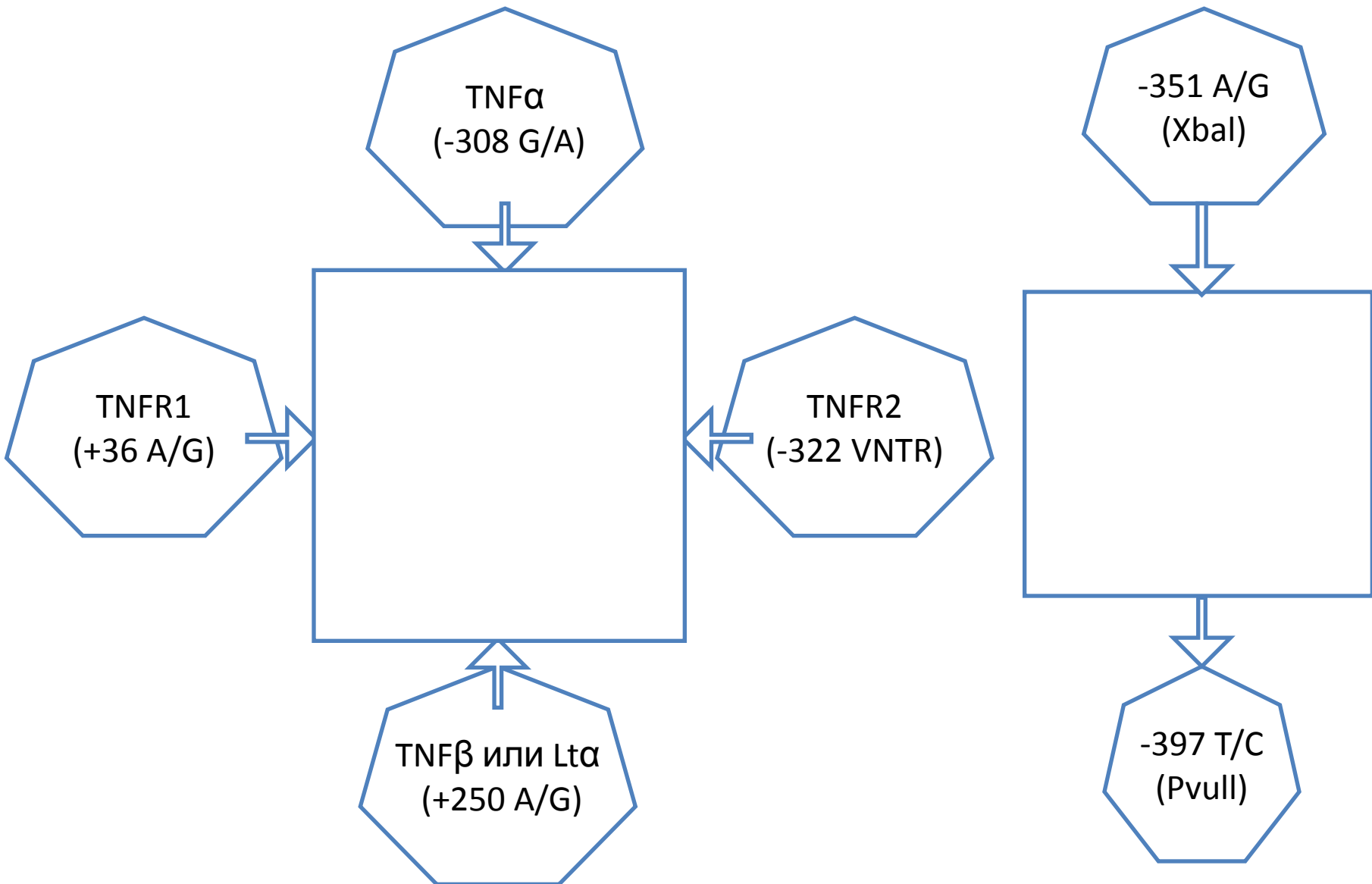


ДДМЖ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ



ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ФАКТОРОВ НЕКРОЗА ОПУХОЛИ И ИХ РЕЦЕПТОРОВ

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА α



НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ

СВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО МИОМЕ

Каждая вторая женщина с миомой матки – 42,2% и ее сочетанием с аденомиозом – 51,5% имела отягощенную наследственность по данному заболеванию. В контрольной группе отягощенная наследственность встречалась в 5 раз реже – 10,7%. Все изученные нами генетические полиморфизмы, а особенно TT (-397 T/C), AA и GG (-351 A/G) ESR α , 308 GG TNF α , AA и AG (+250 GA) Lt α , гомозиготный генотип +36 AA TNFR1 и 2/2 (-322 VNTR) играют важную роль в формировании миоматозных узлов в матке у женщин с наследственной отягощенностью по данной патологии.

ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

I ЭТАП - ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И МАММОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

КОРРЕКЦИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

II ЭТАП – КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ЕСТЬ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
К СИСТЕМНОЙ
СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПЕРКУТАННО
ПРОГЕСТАГЕН

НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ
К СИСТЕМНОЙ
СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПРОГЕСТАГЕН

ГнРГ

КОК

ОЦЕНКА ИСХОДА

Основная проблема –
симультанное лечение на всех этапах

**I ЭТАП –
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ВЫЯВЛЕННЫХ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
И МАММОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Симультанное лечение на всех этапах

ЗАДАЧА

- С каким заболеванием Вы встретились?
- Какие мероприятия необходимы прежде всего для верификации диагноза?
- Какова тактика лечения?
- Вероятнее всего это фиброаденома правой молочной железы.
- Необходимо выполнить пункционную биопсию, маммографию.
- В случае фиброаденомы, показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием макропрепарата.
- Оперативное лечение гинекологического заболевания – миомы матки.

Пациентка 49 лет, обратилась с жалобами на наличие пальпируемого «узелка» в правой молочной железе, болезненные ощущения в области «узелка» во время месячных. При внешнем осмотре молочные железы симметричны, кожные покровы нормальной окраски, соски без видимой патологии. Пальпаторно, в области верхне-наружного квадранта, определяется плотное, подвижное, безболезненное образование, диаметром около 8 мм. Патологических

**II ЭТАП –
РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА**

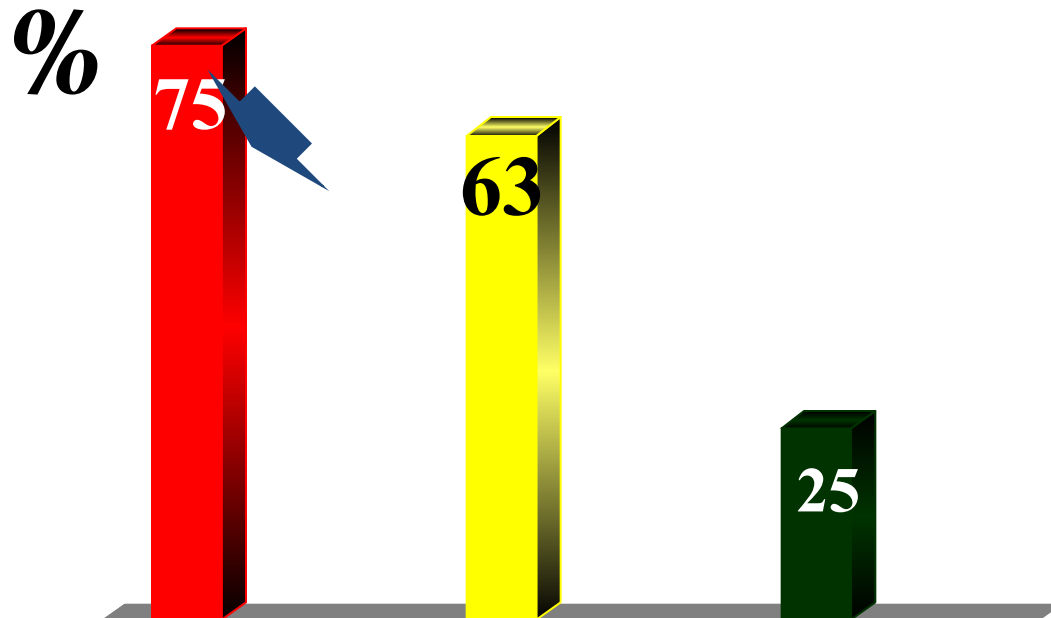
II ЭТАП – КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- прогестагены**
- комбинированные низко - и микродозированные эстроген-гестагенные препараты (КОК)**
- агонисты гонадотропин - релизинг гормона (аГнРГ)**
- дофаминэргические препараты**
- фитопрепараты**

Бромокриптин - полусинтетическое производное алкалоида спорыньи - эргокриптина

Стимулирует дофаминовые рецепторы гипоталамуса, тормозит секрецию пролактина (ПРЛ) и соматотропного гормона уже через несколько часов после введения

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДДМЖ ПО ДАННЫМ
МАММОГРАФИИ (ЧЕРЕЗ 6 МЕС) ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ



 аГнРГ

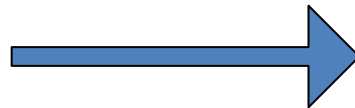
 ПРОГЕСТАГЕНЫ

 ПРОГЕСТЕРОН ТРАНСДЕРМАЛЬНО

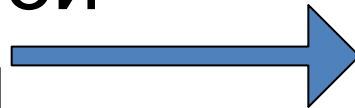
Синтетически
е прогестины

В

комплексной
терапии



повысить
терапевтический
эффект до **78-83%**



у больных миомой
такое назначение
может
спровоцировать рост
образования в матке

ЗАДАЧА

- С каким заболеванием Вы встретились?
- Вероятнее всего это фиброзно-кистозная мастопатия.
- Какие мероприятия необходимы прежде всего для уточнения диагноза?
- Прежде всего необходимо выполнить ультразвуковое исследование молочных желез
- Какова тактика лечения?
- Лечение гинекологического заболевания – дисменореи в сочетании с консервативным лечением кистозного компонента

Женщина 49 лет жалуется на боли в молочных железах, которые появляются перед наступлением менструации. В анамнезе в течение 5 лет аденомиоз. При осмотре изменений в молочных железах выявить не удастся. Пальпаторно обнаруживаются различные по величине и протяженности болезненные, без четких границ уплотнения.

Оценка эффективности дифференцированного подхода в тактике лечения женщин с ДДМЖ и гинекологическими заболеваниями

ЗАДАЧА


- С каким заболеванием Вы встретились?
- Вероятнее всего это фиброзно-кистозная мастопатия.
- Какие мероприятия необходимы прежде всего для уточнения диагноза?
- Прежде всего необходимо выполнить ультразвуковое исследование молочных желез
- Какова тактика лечения?
- Лечение гинекологического заболевания – дисменореи в сочетании с консервативным лечением кистозного компонента

Женщина 29 лет жалуется на боли в левой молочной железе, которые иррадируют в ключицу, они появляются перед наступлением менструации, с ее началом практически исчезают. В анамнезе 5 беременностей, 5 аборт. При осмотре изменений в молочных железах выявить не удастся. Пальпаторно обнаруживаются различные по величине и протяженности болезненные, без четких границ уплотнения с

**В 70 годы XX века доля фитопрепаратов в реестре лекарственных средств составляла 30%,
в 2000 году – 55%**

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ НАЛИЧИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ЭТАПА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Оценка эффективности комплексного подхода в тактике лечения женщин с ДДМЖ и гинекологическими заболеваниями

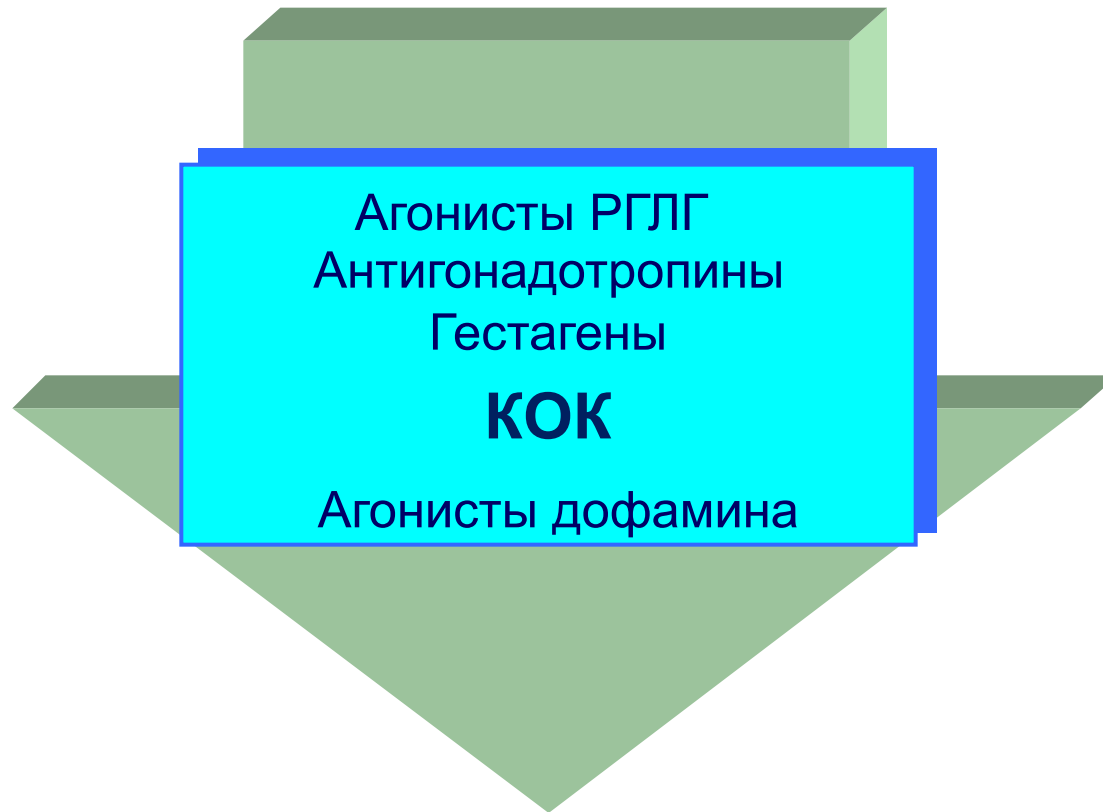
 **В 2,5
раза**

Консервативное лечение в рамках программы реабилитации позволяет улучшить качество жизни у 46-52% пациенток с сочетанными заболеваниями молочных желез и половых органов, сократить прогрессирование и число рецидивов ДДМЖ у больных с миомой матки с 44 до 18%,

Препараты, используемые на заключительном этапе лечения

ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

27%



до 5,7%

**УСПЕШНОЕ РЕШЕНИЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕВОЗМОЖНО
БЕЗ РАССМОТРЕНИЯ ИХ КАК ЧАСТИ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В
ЦЕЛОМ**

ЗАНЯТИЕ ЗАВЕРШЕНО

Сдайте пульт преподавателю!