

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

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
II РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Лактаційний мастит</b> (код курсу 14.1)
Курс	II
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### **I. Актуальність теми**

Післяпологові інфекційні захворювання займають одне з провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності. Своєчасна діагностика та науково обгрунтоване лікування наляжить до найважливіших проблем акушерства. Близько 80% летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом інтенсивної терапії. Ця тема потребує досконального вивчення для проведення ефективної профілактики, так і для надання кваліфікованої лікарської допомоги

### **II. Навчальні цілі заняття**

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Визначення поняття «післяпологова інфекція».
2. Визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція».
3. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань.
4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань.
5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань.
6. Клініка, діагностика і лікування лактаційного маститу.
7. Сучасна класифікація септичних станів.
8. Профілактика післяпологових інфекційних захворювань

*В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:*

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань у обстежених вагітних і породіль.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Складати план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання у породіль.
4. Проводити аналіз результатів обстеження у породіль, що знаходяться в обсерваційному відділенні.
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання у породіль або за даними історії пологів.
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань породіллям або за даними історії пологів.
7. Виписувати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових інфекцій.
8. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях( за даними історії пологів).
9. Складати план профілактику післяпологових інфекційних захворювань.

### **III. Базові знання**

1. Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок.
2. Фізіологічний після-пологовий період.
3. Крово- та лімфообіг тазових органів жінок.
4. Класифікація та характеристика збудників інфекційних захворювань.
5. Шляхи поширення інфекції.
6. Основи асептики і антисептики

### **III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця**

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження хворих та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування породіль.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні дисципліни</b> Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	
<b>II. Наступні дисципліни</b> Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Основи асептики і антисептики	Провести фізикальне обстеження вагітної та стан плода.

#### V. Зміст теми семінарського заняття

Післяпологові інфекційні захворювання безпосередньо пов'язані з вагітністю і пологами, розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені інфекцією (переважно бактеріальною).

##### *Деякі поняття і терміни післяпологової інфекції*

*Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна)* – будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин після госпіталізації(народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду та нозологічної форми інфекції.

*Інфекція не вважається внутрішньо лікарняною за умови:*

- наявності у пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;
- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації.

*Інфекція вважається внутрішньо лікарняною за умови:*

- набуття її в лікарняному закладі;
- інтранатального інфікування.

*Профілі антибіотикорезистентності*- це сполучення детермінант резистентності кожного виділеного штаму мікроорганізму. Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Постійне стеження за появою та циркуляцією в окремому стаціонарі штамів

умовно патогенних мікроорганізмів(УПМ) з однаковими профілями антибіотикорезистентності має важливе значення для виявлення госпітальних штамів

УПМ та вивчення епідеміології госпітальних інфекцій.

*Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість принаймі до 5 антибіотиків:*

- для штамів стафілококів– до метициліну(оксациліну) та/або ванкоміцину;
- для штамів ентерококів– до ванкоміцину;
- для ентеробактерій– до гентаміцину і/або до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь;
- для неферментуючих бактерій- до цефалоспоринових антибіотиків III-IV поколінь.

### **Класифікація**

У країнах СНД протягом багатьох років використовується класифікація С.В.Сазонова- А.В. Баргельса, відповідно до якої різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі етапи динамічного інфекційного(септичного) процесу, і діляться на обмежені й поширені. Дана класифікація не відповідає сучасним уявленням про патогенез сепсису. Істотно змінилося трактування терміну"сепсис" у зв'язку із введенням нового поняття- "синдром системної запальної відповіді".

Сучасна класифікація післяпологових гнійно-запальних захворювань припускає їхній розподіл на *умовно обмежені й генералізовані форми*. До умовно обмежених відносять нагноєння післяпологової рани, ендометрит, мастит, генералізовані форми представлені перитонітом, сепсисом, септичним шоком. Наявність системної запальної відповіді у породіллі з умовно обмеженою формою захворювання вимагає інтенсивного спостереження й лікування як при сепсисі(див. далі класифікацію сепсису).

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла Більше 38,0 С та болісної матки через 48-72 годин після пологів. У перші 24 години після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 години після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

**У міжнародній класифікації хвороб X перегляду(МКХ-10, 1995 р.)** також виділяють наступні післяпологові інфекційні захворювання в рубриці післяпологовий сепсис:

#### *085 Післяпологовий сепсис*

Післяпологовий(а)

- ендометрит;
- лихоманка;
- перитоніт;
- септицемія.

#### *086.0 Інфекція хірургічної акушерської рани*

Інфікована(ий)

- рана кесарського розтину

- шов промежини після пологів

*086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів*

- цервіцит після пологів

- вагініт після пологів

*087.0 Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді*

*087.1. Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді*

Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді

Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.

### **Етіологія**

Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікробів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. В останнє десятиліття також певну роль у цих асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін.

Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Встановлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних й інфікуванням навколоплідних вод, ускладненнями вагітності (хоріонамніонитом, передчасними пологами, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями).

Незважаючи на велику розмаїтість збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні:

- грампозитивні мікроорганізми(25%). Staphylococcus aureus - 35%, Enterococcus spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, Streptococcus pneumoniae -10%, і на інші грампозитивні- 20%.
- грамнегативні мікроорганізми(25%). Escherichia coli -25%, Klebsiella/Citrobacter - 20%, Pseudomonas aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, та інші- 25%.
- гриби родуCandida - 3%
- анаеробна флора- при спеціальних методах дослідження20%
- невстановлена флора- в25% випадків.

### **Патогенез**

*Запалення*- це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й ушкоджених тканин. Але в деяких випадках організм відповідає на інфекцію масивною надмірною запальною реакцією.

*Системна запальна реакція*- це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження.

У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як "**синдром системної запальної відповіді**"(ССЗВ- SIRS), і розглядати його як універсальну

відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є токсини(екзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид(LPS) мембран грам-негативних бактерій.

В основі ССЗВ лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин– цитокинів(інтерлекіниIL1 йIL 6, фактор некрозу пухлинниTNF $\alpha$ , лейкотриєни,  $\gamma$ -інтерферон, ендотеліни, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініни, гістамін, тромбоксан A2 й ін.), які мають патогенний вплив на ендотелій(порушують процеси коагуляції, мікроциркуляції), збільшують проникність судин, що приводить до ішемії тканин.

**Виділяють три стадії розвитку ССЗВ(Bone R.S.,1996):**

1-я стадія– *локальної продукції цитокинів* – у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани.

2-я стадія– *викид малої кількості цитокинів у системний кровоток*– контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу.

3-я стадія– *генералізованої запальної реакції*– кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками.

Генералізована запальна реакція(синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис. Класифікація сепсису представлена у відповідному розділі.

### **Фактори ризику**

Можливими джерелами післяпологової інфекції, які можуть існувати і до вагітності, виявляються:

- 1) інфекція верхніх дихальних шляхів- особливо у випадку використання загальної анестезії;
- 2) інфікування епідуральних оболонок;
- 3) тромбфлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен;
- 4) інфекція сечових шляхів(безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит);
- 5) септичний ендокардит;
- 6) апендицит й інші хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень відносяться:

1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.

2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніониту.
3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції(ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).
4. Інфекції репродуктивного тракту.
5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути:

- неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання;
- неправильний вибір обсягу й компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії;
- знижена або змінена імунореактивність макроорганізму;
- наявність важкої супутньої патології;
- наявність антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів;
- відсутність проведення якого-небудь лікування.

#### **Лактаційний мастит**

*Лактаційний мастит*- це запалення молочної залози(переважно одностороннє) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

#### **Етіологія і патогенез**

Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакулярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко збудник поширюється з ендогенних вогнищ.

#### **Фактори ризику:**

- тріщини сосків;
- лактостаз.

*Тріщини сосків* можуть бути при пороках розвитку сосків, при пізньому прикладанні дитини до грудей, неправильній техніці годування грубому зціджуванні молока, індивідуального стану епітеліального покриву сосків, порушенні санітарно-епідеміологічних норм післяпологового періоду.

*При лактостазі* може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 годин, якщо більше 24 годин- тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

#### **Класифікація**

*I. За характером перебігу запального процесу мастит може бути:*

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний;

- інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий;
- гнійний(абсцедуючий): фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози;
- флегмонозний, гнійно-некротичний;
- гангренозний.

II. За локалізацією вогнища мастит може бути:

- підшкірним, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

### **Клініка**

Клінічна картина маститу характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією(загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38-39,0 С, лихоманкою, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного маститу*. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко хворобливий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння— *гнійний мастит(абсцедуючий)*. Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флюктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48-72 годин. У тих випадках, коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла при цьому 39-40,0 С, лихоманка, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, хвороблива, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

### **Діагностика**

Діагностика заснована на наступних даних:

- клінічні: огляд молочної залози(див. у тексті), оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові(лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження ексудата, імунограма, коагулограма й біохімія крові;
- інструментальні: ультразвукове дослідження(УЗД) - є одним із важливих методів діагностики маститу.

### **Лікування**

Лікування може бути консервативне й хірургічне.

Антибіотикотерапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При *серозному* маститі питання про грудне



вигодовування вирішується індивідуально. Необхідно враховувати: думка породіллі, анамнез(приміром, гнійний мастит в анамнезі, численні рубці на молочній залозі, протезування молочних залоз), проведену антибіотикотерапію, дані бактеріологічного й бактеріоскопічного дослідження ексудату, наявність і виразність тріщин сосків.

Починаючи з *інфільтративного маститу* годівля дитини протипоказана через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення антибіотиків в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зцідження. При відсутності ефекту від консервативної терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак *гнійного* маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дрениванні. Паралельно продовжують проводити антибіотикотерапію, дезінтоксикацію й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток ССЗВ.

### Профілактика

Профілактика післяпологового маститу полягає в навчанні жінок правилам грудного годування й дотримання правил особистої гігієни. Необхідно своєчасне виявлення лікування тріщин сосків і лактостазу.

## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<b>Підготовчий етап</b> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Визначення поняття «післяпологова інфекція». 2. Визначення поняття «внутрішньо	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>лікарняна (госпітальна) інфекція».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань.</li> <li>4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань.</li> <li>5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань.</li> <li>6. Клініка, діагностика і лікування лактаційного маститу.</li> <li>7. Сучасна класифікація септичних станів.</li> <li>8. Профілактика післяпологових інфекційних захворювань.</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Підбиття підсумків, загальні висновки</li> <li>2. Відповіді на можливі запитання.</li> <li>3. Завдання до наступного семінару.</li> </ol>	<p><b>Заключний етап</b></p>	<p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p>	<p>10 хв.</p>

## **VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття**

*Місце проведення заняття*- навчальна кімната, післяпологове відділення, жіноча консультація  
*Оснащення* - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

### ***Рекомендована література (навчальна, наукова)***

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.- 720 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
8. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

### ***Питання***

1. Яке визначення поняття«післяпологова інфекція»?
2. Яке визначення поняття«внутрішньо лікарняна(госпітальна) інфекція»?
3. Яка класифікацію післяпологових інфекційних захворювань?
4. Яка етіологію післяпологових інфекційних захворювань?
5. Який патогенез післяпологових інфекційних захворювань?

6. Які фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань?
7. Які клінік і діагностика і лікування лактаційного маститу?
8. Які методи лікування лактаційного маститу?
9. Яка профілактика післяпологових інфекційних захворювань?

### **Тестові завдання**

1. Породілля скаржить 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. \*
  - C. 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?  
Відповідь-направити жінку на огляд до онкогінеколога
  
2. Жінка 30 років висловлює скарги на біль в обох молочних залозах, які іррадіюють в спину та шию і проявляються в середині МЦ. Яке обстеження та лікування потрібно призначити?  
Відповідь-маммографію
  
3. Проконсультуйте жінку: як правильно і в якій послідовності потрібно проводити огляд та пальпацію молочних залоз.  
Відповідь-правило «семи позицій»

**Методичну розробку семінарського заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров**

**09.01.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені**  
 „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.