

Департамент здравоохранения Москвы
РЕКОМЕНДУЕТ



А.В. Шабунин, Р.Ю. Маер

ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
Участники издания.....	6
Список сокращений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	9
Глава 1. Тактика врача-хирурга при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	11
1.1. Гнойная хирургия.....	11
1.1.1. Фурункул.....	11
1.1.2. Карбункул.....	20
1.1.3. Флегмона.....	29
1.1.4. Абсцесс.....	39
1.1.5. Гидраденит суппуративный, гидраденит гнойный.....	49
1.1.6. Рожистое воспаление, рожа.....	60
1.1.7. Ожоги.....	70
1.1.8. Отморожения.....	83
1.1.9. Лимфангит.....	95
1.1.10. Панариций.....	104
1.1.11. Остеомиелит.....	114
1.1.12. Синдром диабетической стопы.....	125
1.2. Заболевания кожи и мягких тканей.....	137
1.2.1. Базальноклеточный рак кожи, базалиома.....	137
1.2.2. Меланома.....	143
1.2.3. Папиллома.....	149
1.2.4. Атерома.....	154
1.2.5. Гемангиома.....	158
1.2.6. Липома.....	162
1.2.7. Невус.....	165
1.3. Заболевания сосудов.....	171
1.3.1. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.....	171
1.3.2. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.....	179
1.3.3. Тромбофлебит, варикотромбофлебит.....	187
1.3.4. Посттромботическая болезнь.....	194
1.3.5. Варикозная трофическая язва.....	202
1.3.6. Лимфедема, лимфостаз, слоновость.....	212
1.3.7. Синдром Рейно, болезнь Рейно.....	220
1.4. Проктология.....	231
1.4.1. Анальная трещина.....	231
1.4.2. Острый парапроктит.....	240
1.4.3. Острый тромбоз геморроидального узла.....	250
1.4.4. Пилонидальная киста. Эпителиальный копчиковый ход.....	257
1.5. Заболевания молочной железы.....	267
1.5.1. Мастит.....	267
1.5.2. Доброкачественная дисплазия молочной железы.....	276

Глава 2. Неотложные состояния в практике хирурга амбулаторного звена.	
Тактика ведения на догоспитальном этапе.....	284
2.1. Острый аппендицит.....	284
2.2. Перфоративная гастродуоденальная язва	289
Список литературы.....	294
Справочник лекарственных средств.....	295

1.5. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1.5.1. МАСТИТ

Мастит — это воспалительный процесс в тканях молочной железы, который может сопровождаться или не сопровождаться инфекцией.

Коды по МКБ-10

N61 Воспалительные болезни молочной железы:

- абсцесс (острый) (хронический) (не послеродовой);
- карбункул молочной железы;
- мастит (острый) (подострый) (не послеродовой).

O91.1 Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением:

- абсцесс молочной железы гестационный или послеродовой;
- гнойный мастит гестационный или послеродовой;
- субареолярный абсцесс гестационный или послеродовой.

O91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением:

- мастит гестационный или послеродовой.

Классификация

По формам течения:

- серозный;
- серозно-инфильтративный;
- гнойный;
- инфильтративно-гнойный;
- абсцедирующий;
- флегмонозный;
- гангренозный.

По локализации очага:

- субареолярный;
- подкожный;
- интрамаммарный;
- ретромаммарный.

ЭТИОЛОГИЯ

Двумя основными причинами мастита являются молочный стаз и инфекция. Молочный стаз обычно является основной причиной мастита и может сопровождаться или прогрессировать в инфекцию или нет.

Возбудителями мастита обычно являются стафилококк, стафилококк в сочетании с кишечной палочкой, стрептококком, очень редко протей, синегнойная палочка, грибы типа кандиды.

Предрасполагающие факторы: возраст, деторождение, предшествующие случаи заболевания, роды, питание, иммунные факторы в молоке, местные факторы на груди, стресс и усталость, травмы.

ПАТОГЕНЕЗ

Входными воротами являются трещины сосков и другие повреждения кожного покрова молочных желез, протоки (при сцеживании молока, кормлении). Инфекция может распространяться на железу гематогенным или лимфогенным

путем из других инфекционных очагов. Лактостаз также способствует развитию заболевания.

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

Лактационный мастит левой молочной железы в стадии абсцедирования.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
Жалобы	Боль и нагрубание молочной железы, повышение температуры тела, лактостаз
2. Рекомендовано физикальное обследование	
Осмотр	Следует проводить оценку цвета, температуры и наличия поврежденных кожного покрова, наличия асимметрии молочных желез. По мере прогрессирования заболевания увеличивается отек молочной железы, в ней четко определяются очаги плотной инфильтрированной ткани, нарастает гиперемия кожи. Подмышечные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере
3. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
Лабораторная диагностика	Обязательные: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза), RW (для исключения специфической инфекции как возбудителя), ВИЧ, HBs, HCV, посев гнойного отделяемого (при наличии) для определения вида возбудителя и чувствительности к антибиотикам
Инструментальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ молочных желез, лимфатических узлов. По показаниям: ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме)
4. Рекомендована дифференциальная диагностика с другими заболеваниями молочной железы	

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

В зависимости от тяжести заболевания, осложнений и наличия сопутствующей патологии в соответствии с действующим законодательством.

















ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ










Лечение проводят в стационарных условиях.









Показана экстренная госпитализация	При нагноении, выраженном интоксикационном синдроме
------------------------------------	---








ТЕРАПИЯ




Препарат выбора	Особенности применения
I. Консервативное лечение показано при серозной и серозно-инфильтративной форме мастита:	
<ul style="list-style-type: none"> • физический покой, иммобилизация молочной железы, полуспиртовые компрессы, примочки с диметилсульфоксидом местно; • при наличии лактации исключить кормление грудью (сцеживание молока или подавление лактации) 	
II. Хирургическое лечение: вскрытие абсцесса	
III. Фармакотерапия	
1. Антибактериальная терапия (по показаниям)	
Средства 1-го ряда	
Цефдиторен 	Внутрь 0,2 г 2 раза в сутки
Цефалексин 	Внутрь 1 г 4 раза в сутки
Цефутоксим 	Внутрь 0,5 г 2 раза в сутки
Альтернативные средства	
Оксациллин 	В/в, в/м 1 г 4 раза в сутки
Цефазолин 	В/в, в/м 1 г 3 раза в сутки
Амоксициллин + клавулановая кислота 	Внутрь 0,625 г 3 раза в сутки или в/в 1,2 г 3 раза в сутки
Клиндамицин 	Внутрь 0,3 г 3–4 раза в сутки или в/в 0,3–0,6 г 3 раза в сутки

Препарат выбора	Особенности применения
Левифлоксацин 	Внутрь или в/в 0,5 г 1 раз в сутки
Моксифлоксацин 	Внутрь или в/в 0,4 г 1 раз в сутки
При выделении MRSA	
Линезолид 	Внутрь 0,6 г 2 раза в сутки
Даптомицин 	4 мг на 1 кг веса
Цефтаролина фосамил 	В/в 0,6 г 2 раза в сутки
Ванкомицин 	В/в 1 г 2 раза в сутки
<p>2. Обезболивающая терапия: оценка выраженности болевого синдрома (у взрослых — ВАШ)</p>  <p>0 Нет боли 1-3 Слабая боль 4-6 Умеренная боль 4-6 Сильная боль 7-9 Очень сильная боль 10 Нестерпимая боль</p>	
А. Ненаркотические анальгетики, НПВП, спазмолитики	

Препарат выбора	Особенности применения
Диклофенак 	Внутрь или в/м 100 мг 1 раз в сутки
Ибупрофен 	Внутрь 200 мг 2 раза в сутки
Кетопрофен 	Внутрь 100 мг 1 раз в сутки
Индометацин 	Внутрь 25 мг 2 раза в сутки
Метамизол натрия 	Внутрь 500 мг 2 раза в сутки
Фенилбутазон 	Внутрь 150 мг 2 раза в сутки
Парацетамол 	Внутрь 500 мг 2 раза в сутки
Мелоксикам 	Внутрь или в/м 7,5 (15) мг 1 раз в сутки
Нимесулид 	Внутрь или в/м 100 мг 1 раз в сутки

Препарат выбора	Особенности применения
3. Применение данных препаратов рекомендовано в сочетании с ингибиторами протонного насоса в терапевтических дозировках	
Омепразол 	20 (40) мг 1–2 раза в сутки, в/м, в/в, внутрь
Эзомепразол 	20 (40) мг 1–2 раза в сутки, в/м, в/в, внутрь
4. Дезинтоксикационная терапия (при выраженном интоксикационном синдроме с учетом сопутствующей патологии)	
Натрия хлорида раствор сложный (калия хлорид + кальция хлорид + натрия хлорид) 	200 мл 1–2 раза в сутки, в/в капельно
Декстроза 	5% — 200 мл 1 раз в сутки, в/в капельно
5. Введение антигистаминных препаратов	
Хлоропирамин 	20 мг/мл 1–2 раза в сутки
Дезлоратадин 	5 мг 1 раз в сутки
Лоратадин 	10 мг 1 раз в сутки
Цетиризин 	10 мг 1–2 раза в сутки

Препарат выбора	Особенности применения
6. Местное лечение (снятие воспаления, стимуляция процессов репарации и аналгезия): ежедневные перевязки послеоперационной раны с использованием антисептиков на йодной, водной или спиртовой основе	
Хлоргексидин 	0,05% — 200 мл 1–2 раза в сутки, наружно
Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 	0,01% — 50 мл 1–2 раза в сутки, наружно
Повидон-йод 	10% — 10 мл 1–2 раза в сутки, наружно
Гидроксиметилхиноксалиндиоксид (Диоксидин) 	0,1% — 10 мл 1–2 раза в сутки, наружно
Мазевые повязки/гели/кремы	
Диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол 	40 г 1–2 раза в сутки, наружно
Диоксометилтетрагидропиримидин + сульфадиметоксин + тримекаин + хлорамфеникол 	40 г 1–2 раза в сутки, наружно
Офломелид 	30 г 1–2 раза в сутки, наружно

Препарат выбора	Особенности применения
Бацитрацин + неомицин 	20 г 1–2 раза в сутки, наружно
Диоксометилтетрагидропиримидин 	10% — 25 г 1–2 раза в сутки, наружно
Фузимет 	25 г 1–2 раза в сутки, наружно
7. ФТЛ: выбор метода и сроков — по рекомендациям врача-физиотерапевта	

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствие симптомов заболевания.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Направлена на восстановление общего состояния пациента.

ПРОГНОЗ

Благоприятный при своевременно и правильно выполненной радикальной операции.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



Поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета



Лечение и санация очагов острой и хронической инфекции



В период лактации соблюдение правил личной гигиены, уход за кожным покровом молочных желез



Исключение факторов риска

1.5.2. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ), мастопатия, фиброзно-кистозная мастопатия, дисгормональная гиперплазия молочных желез, фиброзно-кистозная болезнь, доброкачественная болезнь молочной железы, фиброаденоматоз — группа заболеваний, характеризующихся спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез с нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера.

Коды по МКБ-10

N60 Доброкачественная дисплазия молочной железы.

N60.0 Солитарная киста молочной железы.

N60.1 Диффузная кистозная мастопатия.

N60.2 Фиброаденоз молочной железы.

N60.3 Фибросклероз молочной железы.

N60.4 Эктазия протоков молочной железы.

N60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы.

N60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная.

N61 Воспалительные болезни молочной железы.

N62 Гипертрофия молочной железы.

N63 Образование в молочной железе неуточненное.

N64 Другие болезни молочной железы.

N64.0 Трещина и свищ соска.

N64.1 Жировой некроз молочной железы.

N64.2 Атрофия молочной железы.

N64.3 Галакторея, не связанная с деторождением.

N64.4 Мастодиния.

N64.5 Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы.

N64.8 Другие уточненные болезни молочной железы.

N64.9 Болезнь молочной железы неуточненная.

Классификация

Клинико-рентгенологическая классификация фиброзно-кистозной болезни (Рожкова Н.И., 1993).

Диффузная фиброзно-кистозная болезнь:

- с преобладанием железистого компонента (аденоз, мастоплазия);
- с преобладанием фиброзного компонента (фиброаденоз);
- с преобладанием кистозного компонента (фиброкистоз);
- склерозирующий аденоз (аденофиброз, лобулярный склероз, миоидный склероз);
- фиброзирующий аденоз, разрастание корзинчатых клеток);
- смешанная форма.

Узловая фиброзно-кистозная болезнь:

- узловая фиброзно-кистозная болезнь (локальный фибросклероз);
- киста;
- фиброаденома;
- листовидная фиброаденома;
- жировой некроз;
- липома;
- лимфатические узлы;
- внутрипротоковая папиллома;
- гинекомастия.

Гистологическая классификация доброкачественные заболевания молочной железы:

- непролиферативная, пролиферативная;
- с атипичной гиперплазией, без атипии.

ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающие факторы:

- наследственность;
- стрессовые ситуации;
- нарушение менструальной функции;
- сопутствующие гинекологические заболевания;
- ограничение естественных репродуктивных функций (аборты на ранних сроках беременности, снижение числа родов, отказ от грудного вскармливания);
- эндокринные нарушения;
- ожирение;
- травмы и операции на молочной железе.

ПАТОГЕНЕЗ

- Недостаточное влияние прогестерона на ткани молочной железы из-за его дефицита или нарушений рецепторного аппарата.
- Избыточное воздействие эстрадиола на α - , β -рецепторы тканей молочной железы, обладающего митотическим эффектом на эпителий, стимулирующим влиянием на строму и кровоснабжение органа, способствующим дуктэкстазии и формированию кист.
- Нарушение процессов апоптоза.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
Жалобы	Боль (масталгия, мастодиния); наличие узловых образований; выделения из сосков; изменение консистенции молочных желез
2. Рекомендовано физикальное обследование	
Осмотр	Проводится в положении пациентки стоя или сидя, руки расположены на талии, а затем — в положении лежа на спине. Пальпация молочных желез, областей подмышечных и надключичных лимфатических узлов. Следует отмечать размер и симметричность молочных желез, наличие покраснений, отека или изменения кожи по типу «апельсиновой корки», выпячиваний или смещения сосково-ареолярного комплекса
3. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
Лабораторная диагностика	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование крови на гормоны (фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, тиреотропный гормон, свободный тироксин, пролактин, эстрадиол, прогестерон, кортизол, тестостерон, дегидроэпиандростерона сульфат и 17-ОН-прогестерон), анализ крови на онкомаркеры (СА 15-3)

Критерии диагностики	Комментарии
Инструментальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> • УЗИ молочных желез (в I фазу менструального цикла), лимфатических узлов. • Диагностическая маммография (35–39 лет — одна исходная маммография; 40–50 лет — один раз в два года при проведении профилактических медицинских осмотров, при наличии факторов риска — ежегодно; старше 50 лет — ежегодно; 35–50 лет — ежегодно, если кто-то из кровных родственников болел раком молочной железы или обнаружены атипические изменения). • МРТ. • КТ. • Тонкоигольная аспирационная биопсия. • Прицельная трепанобиопсия. • Дуктография
<p align="center">4. Рекомендована дифференциальная диагностика с другими заболеваниями молочной железы</p>	

Алгоритм обследования пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез

- Осмотр клинициста → оценка данных визуализации → диффузный процесс или узловой.
- При узловом процессе: биопсия → цитологическое исследование → хирургическое лечение (при необходимости).
- При диффузном процессе: исследование гормонального статуса, биохимический анализ крови и т.д.
- Консультация гинеколога, при необходимости — эндокринолога, гастроэнтеролога и т.д.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Зависят от тяжести заболевания, осложнений и наличия сопутствующей патологии в соответствии с действующим законодательством.














ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ





Лечение проводят в стационарных условиях.

Показана экстренная госпитализация	При нагноении, выраженном интоксикационном синдроме
------------------------------------	---

ТЕРАПИЯ

Препарат выбора	Особенности применения
Лечение начинается только после окончательного установления диагноза!	
I. Хирургическое лечение: в условиях онкологического стационара с гистологическим исследованием образования молочной железы.	
<p>Показания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • узловые пролиферативные формы; • выявление пролиферации эпителия в кистах более 5 мм после аспирационной тонкоигльной пункционной биопсии и цитологического исследования; • кисты более 5 мм без пролиферации, подлежащие аспирационной тонкоигльной пункционной биопсии с цитологическим исследованием, при повторном наполнении кисты — оперативное лечение; • микрокальцинаты на маммограммах; • неэффективность консервативной терапии 	
II. Консервативная терапия	
1. Негормональные препараты (фитотерапия, гомеопатические средства, комплексы поливитаминов, микроэлементов и биологически активных пищевых добавок)	
<p>Мастодинон</p> 	1 таблетка 2 раза в сутки, внутрь
<p>Бефунгин</p> 	1 ст. л. 3 раза в сутки, внутрь
<p>Витамин Е + ретинол</p> 	1 таблетка 2 раза в сутки, внутрь
2. Гормональные препараты (гестагены, андрогены, антиэстрогены, антипролактиновые препараты)	
<p>A. Контрацептивы. Рекомендуются женщинам до 35 лет, применяются курсом от полугода до 2 лет по противозачаточной схеме. Нормализуют баланс гормонов при нарушении лютеиновой фазы и ЛФГ, применяются в молодом возрасте до 35 лет, препараты подбираются индивидуально</p>	
<p>Дезогестрел + этинилэстрадиол</p> 	1 таблетка 2 раза в сутки, внутрь

Препарат выбора	Особенности применения
Диеногест + этинилэстрадиол 	1 таблетка 2 раза в сутки, внутрь
Б. Антиэстрогены. Блокируют захват эстрогенов рецепторами клеток, показаны пациенткам после 55 лет. Назначаются в виде таблеток или инъекций длительным курсом, при регрессе мастопатии лечение продолжают еще 2 мес	
Торемифен 	1 раз в сутки, внутрь, в/м
Тамоксифен 	1 раз в сутки, внутрь, в/м
В. Блокаторы пролактина. Препараты активизируют рецепторы дофамина и подавляют выработку пролактина, назначаются только при выявлении гиперпролактинемии	
Каберголин 	1–2 таблетки 1 раз в сутки, внутрь
Бромокриптин 	1–2 таблетки 1 раз в сутки, внутрь
Г. Гестагены. Природные или синтетические производные прогестерона подавляют синтез эстрогена, замедляют продукцию половых гормонов в гипофизе. Терапия показана при недостаточности ЛГ и гиперэстрогении, сопровождающейся миомой и кровотечениями. Утрожестан при местном воздействии улучшает всасываемость жидкости и устраняет отеки, снижая болевой синдром	
Дидрогестерон 	10 мг 1 таблетке 1 раз в сутки, внутрь
Прогестерон 	200 мг 1 раз в сутки, внутрь

Препарат выбора	Особенности применения
<p>Д. Антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона. Антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона сдерживают его синтез в гипоталамусе, что приводит к значительному снижению синтеза половых гормонов в гипофизе, наступает искусственная менопауза, создавая предпосылки для регресса заболевания</p>	
<p>Гозерелин</p> 	<p>1 капсула, п/к</p>
<p>Бусерелин</p> 	<p>1 впрыскивание 1 раз в сутки, интраназально</p>
<p>Е. Гормоны щитовидной железы. Принимают согласно назначению эндокринолога-гинеколога при гипотиреозе. Препараты снижают выработку тиреотропного гормона и пролактина</p>	
<p>Левотироксин натрия</p> 	<p>25 (75) мкг 1 раз в сутки</p>
<p>III. Противорецидивная терапия</p>	
<p>Индолкарбинол</p> 	<p>По 200 мг 2 раза в сутки, 12 мес</p>

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствие симптомов заболевания.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Направлена на восстановление общего состояния пациента.

ПРОГНОЗ

Благоприятный при своевременной терапии.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



Свести к минимуму стрессовые ситуации, а также выработать устойчивость психики по отношению к неизбежным стрессам, которых с избытком хватает в повседневной жизни



Использовать бюстгальтер, идеально подходящий по размеру, форме и плотности материала. Слишком свободный бюстгальтер не оказывает необходимой поддержки груди, а слишком тугой ухудшает кровоснабжение молочной железы. Кроме того, материал белья не должен быть настолько плотным, чтобы создавать «парниковый эффект»



Грамотно применять гормональные препараты, полностью следуя рекомендациям лечащего врача. Помнить, что контрацептивы содержат большое количество гормонов (в том числе прогестерона, эстрогена и т.д.), поэтому их назначение должно осуществляться только после профессионального анализа крови, чтобы не усугубить гормональный дисбаланс организма



Профилактические осмотры, самообследование



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению заболеваний молочной железы.
- Несоблюдение врачебных назначений, например отказ или прерывание лечения из-за улучшения самочувствия, побочных эффектов, неприятного вкуса или запаха препаратов, затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность частых обострений заболевания.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – ДОСТИЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

- Терапия основана на устранении воспалительного процесса, обезболивании, а также на гормональной терапии. Хирургическое лечение (по показаниям) направлено на ликвидацию узловых форм и микрокальцинатов молочной железы. Удаление кист молочной железы — по показаниям (по итогам аспирационной тонкоигльной пункционной биопсии и цитологического исследования).

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Соблюдайте правила приема лекарственных препаратов.
- Не допускайте самолечения.
- Соблюдайте рекомендации хирурга в послеоперационном периоде.



- **Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии**