

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ
И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ИНСТИТУТ ОНКОГИНЕКОЛОГИИ И МАММОЛОГИИ

Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и
лечению опухолей репродуктивной системы»

Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы

г. Москва, 2018 г.

Методические рекомендации утверждены во исполнение п.1 «Профилактика неинфекционных заболеваний у женщин и снижение факторов их развития» Плана мероприятий по реализации в 2018 году I этапа Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 года №420-р, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2006 № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы»

Оглавление

Введение	4
Приложение № 1 Перечень обследования женщин по выявлению заболеваний молочных желез	10
Клинические методы обследования.....	10
Лучевые методы диагностики.	10
Сроки проведения маммографии.....	Ошибка! Закладка не определена.
Лабораторные методы исследования	12
Морфологические методы исследования	12
Дополнительные методы исследования.	12
Приложение 2 Алгоритм обследования женщин с заболеваниями молочных желез ..	14
Алгоритм обследования женщин при отсутствии жалоб	16
Классификация заболеваний молочной железы.....	17
Клинико-рентгенологическая классификация фиброзно-кистозной болезни (Рожкова Н.И., 1993).	18
Приложение № 3 Клинические рекомендации по лечению женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез.....	19
Приложение № 4 Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез	21
Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез в смотровых кабинетах поликлиник и на фельдшерско-акушерских пунктах.	22
Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете).....	23
Приложение № 5 Критерии для направления на консультацию к врачу онкологу	24

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием среди женского населения во всем мире [1,2]. Только в России ежегодно более 60 тыс. женщин с диагнозом РМЖ принимаются на диспансерный учёт и около 600 тыс. пациенток продолжают наблюдение у врачей-онкологов [3,4].

Факторами риска, повышающими вероятность возникновения РМЖ, считаются:

- избыточный вес,
- повышенное (>2) соотношение метаболитов эстрогена: 2-гидроксиэстрона и 16 α -гидроксиэстрона (2-OHE1/16 α -OHE1),
- нарушение менструальной функции,
- сопутствующие гинекологические заболевания,
- ограничение естественных репродуктивных функций (Снижение числа родов, отказ от грудного вскармливания),
- стрессовые ситуации,
- травмы и операции на молочной железе,
- онкологические заболевания молочной железы в семье по материнской линии.

При наличии избыточного веса биоконверсия эстрадиола в организме женщины смещается в сторону 16 α -OHE1 - агрессивного метаболита, который стимулирует гормон-зависимые патологические пролиферативные процессы и развитие РМЖ. Рост пролиферативных гинекологических заболеваний может быть также вызван нарушением естественных биологических ритмов женщины. В современном мире женщины меньше рожают и заботятся о грудном вскармливании, подвергаются частым стрессам и воздействию вредных экологических факторов.

Есть и еще один важный фактор, влияющий на развитие РМЖ. Он связан с наследованием генов *BRCA*. Хорошо известно, что мутации в гене *BRCA*, наследующиеся по женской линии, влекут за собой неизбежное развитие опухоли молочной железы. Однако оказалось, что ген *BRCA* может утрачивать свою функцию и в отсутствие отягощенной наследственности, связанной с его необратимой “поломкой” – структурной мутацией. Подобная функциональная блокада гена *BRCA* происходит в результате т.н. эпигенетических изменений. Эти изменения представляют собой обратимые модификации генома, которые заключаются в ковалентном присоединении/диссоциации химических групп к определенным нуклеотидам ДНК, а также к аминокислотным остаткам гистонов хроматина. Как правило, это метильные группы, присоединяющиеся к ДНК – основному носителю наследственной информации, и ацетильные

остатки, присоединяющиеся или диссоциирующие от гистонов хроматина - белковой оболочки ДНК. Третий механизм эпигенетической регуляции реализуется посредством микроРНК - особого класса коротких (19-25 нуклеотидов) некодирующих одноцепочечных молекул РНК. При этом происходит комплементарное связывание микроРНК с частично комплементарными сайтами в молекуле целевой информационной РНК (иРНК). Дефектная комплементарность между микроРНК и иРНК приводит к ингибированию трансляции и синтеза функциональных белков или к деградации иРНК.

Факторы, вызывающие эпигенетические модификации, могут иметь различную природу: от воспаления - до стрессовых ситуаций и образа жизни. Принципиально важно, что эпигенетические модификации происходят на самых ранних этапах канцерогенеза и затрагивают опухоль-супрессорные гены, которые должны обеспечить эффективную противоопухолевую защиту организма. Присоединение метильной группы в регуляторной (промоторной) области опухоль-супрессорных генов (метилирование ДНК) в сочетании с диссоциацией ацетильного остатка от гистонов хроматина (деацетилированием гистонов хроматина) приводит к подавлению ("выключению") генной экспрессии. В результате противоопухолевая защита организма резко снижается.

На **Рис. 1** представлена модель канцерогенеза, обусловленного эпигенетическими факторами. При этом различные патологические процессы - от воспаления до стресса - активирует ферменты эпигенетических модификаций. Два ключевых таких фермента - это ДНК-метилтрансфераза, которая метилируя регуляторные участки генов, подавляет их экспрессию, и гистон-деацетилаза, которая, модифицируя белки хроматина, изменяет его конформацию, что также приводит к "выключению" ("эпигенетическому молчанию") генов опухолевой защиты. Третий механизм эпигенетической регуляции запускает синтез микроРНК, которые перепрограммируют геном клетки, настраивая ее на путь малигнизации.

Эпигенетические изменения в органах репродуктивной системы

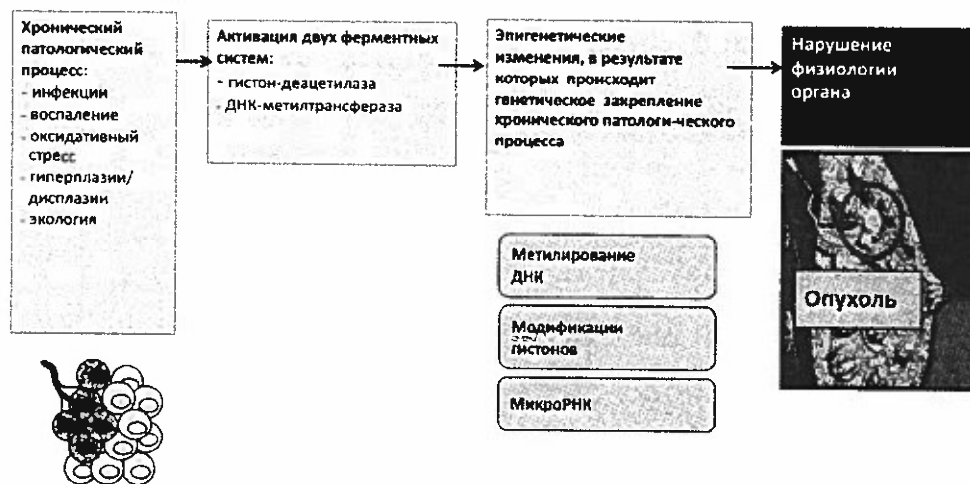


Рис. 1. Эпигенетические изменения в органах репродуктивной системы, вызывающие канцерогенез

Согласно статистике, наследственный РМЖ в общей популяции затрагивает, по разным данным, от 3% до 5% женщин, все они имеют мутацию в генах *BRCA1* или *BRCA2*. Отметим, что сегодня доминирует представление об определяющей роли генетики (генетических мутаций) в развитии онкологических заболеваний, в соответствии с которым причиной развития наследственного РМЖ является необратимое структурное нарушение генов *BRCA*. В результате белок *BRCA*, призванный выполнять функцию репарации ДНК, а также ряд других функций, тормозящих развитие опухоли, либо не синтезируется вообще, либо синтезируется в аномальном, функционально неактивном виде. Известно, однако, что в 30-40% случаев sporadic РМЖ, то есть рака, традиционно не связанного с наследованием, также отмечается снижение экспрессии или отсутствие информационной РНК белка *BRCA1* в опухолевой ткани. Т.е. активность данного гена у больных ненаследственным РМЖ существенно снижена, хотя у этих женщин не было родственников по женской линии с диагнозом рак молочной железы и в семье отсутствовала передача мутации гена *BRCA*. Активность гена *BRCA* была снижена по причине того, что он, не будучи мутантным, тем не менее, функционально не активен, т.е. “молчит”. И “молчит” не по причине наследования аномальной копии гена, а в результате обратимых эпигенетических воздействий, которые приводят к тому же конечному результату – утрате его активности как гена противоопухолевой защиты и развитию РМЖ. По такому же сценарию могут выключаться и функционально

“замолкать” самые разные гены, ответственные в организме за противоопухолевую защиту. Тем не менее, эпигенетические модификации генов обратимы и в мире разрабатываются лекарственные средства, которые способны, воздействуя на процессы ДНК-метилирования и деацетилирования гистонов, реактивировать генную экспрессию и восстановить противоопухолевую защиту на генетическом уровне. Первым лекарственным средством, обладающим такой способностью, является препарат Индинол Форто.

Между мастопатией и РМЖ существует тесная патогенетическая взаимосвязь, обусловленная комплексом общих молекулярных процессов и сигнальных механизмов. Одним из них является общий JNK1-сигнальный путь, выступающий в качестве связующего звена между фиброзом, воспалением, формированием опухолевых стволовых клеток и онкопрофилактикой.

На Рис. 2 представлены три схемы и маммографических снимка, характеризующих здоровую молочную железу, молочную железу с признаками фиброза и рак молочной железы.

У женщин, включенных в исследование, и рандомизированных на три группы в зависимости от вышеуказанных характеристик, исследовали биоптат тканей молочной железы для определения экспрессии 1200 генов, находящихся в онкокластере, т.е. генов, вовлеченных в канцерогенез. Оказалось, что в группе женщин с высокой маммографической плотностью на снимках и в группе с диагнозом РМЖ все гены, вовлеченные в канцерогенез, находятся в чрезвычайно активном состоянии. При этом были зарегистрированы такие аномальные процессы как патологическая пролиферация, оксидативный стресс, формирование ОСК, активный ангиогенез, воспаление и фиброз. При этом во второй группе эти процессы имели форму начального процесса, а в случае РМЖ носили более выраженный характер. Это означает, что биохимия канцерогенеза у таких пациенток уже запущена.

Препарат Индинол Форто обладает широким спектром противоопухолевых активностей: подавляет неоангиогенез, ингибирует опухолевые стволовые клетки, патологическую пролиферацию, фиброз и воспаление. Если женщина с первыми признаками мастопатии принимает данный препарат, то эти процессы неизбежно нормализуются, предотвращая, таким образом, развитие зарождающегося онкологического процесса.

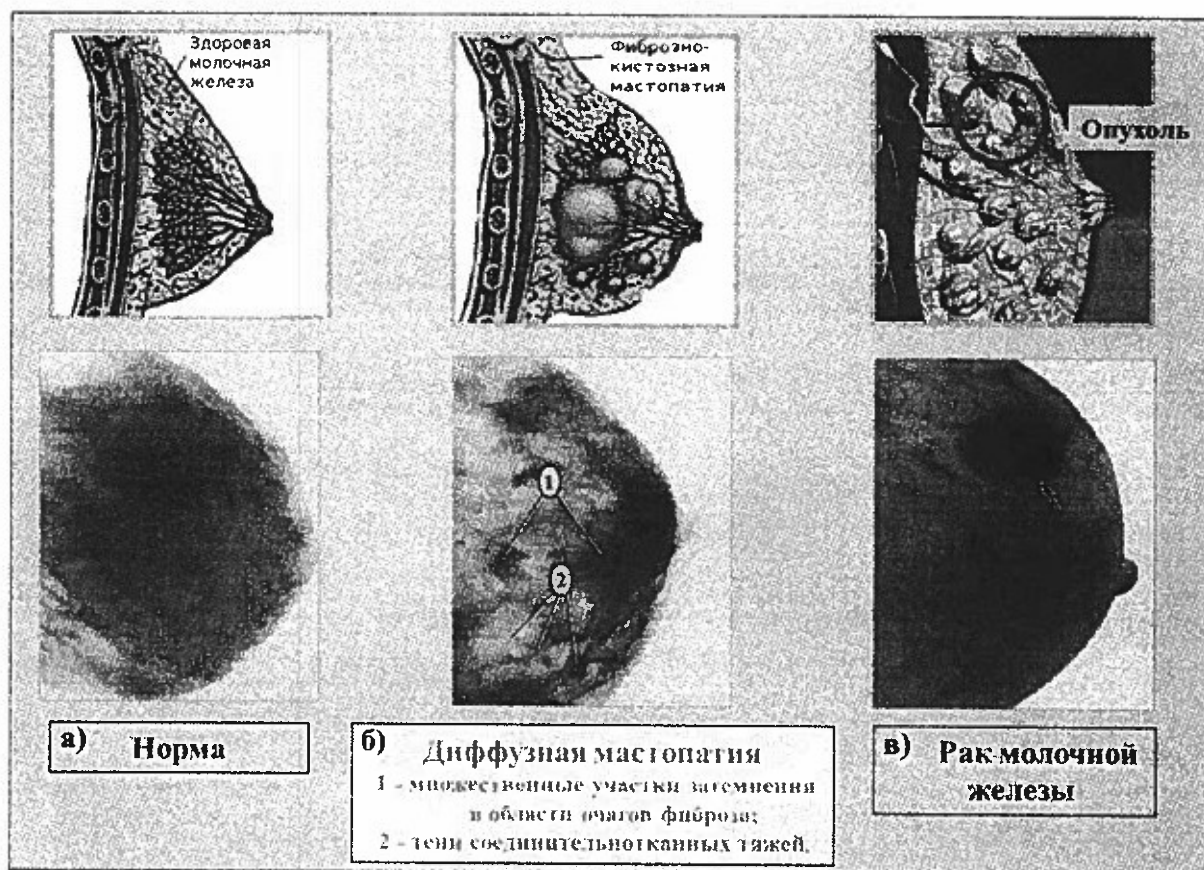


Рис. 2. Схемы и маммографические снимки: а) здоровая молочная железа б) фиброзно-кистозная мастопатия в) рак молочной железы
(Lisanti MP, Tsirigos A, Pavlides S et al. JNK1 stress signaling is hyper-activated in high breast density and the tumor stroma: Connecting fibrosis, inflammation, and stemness for cancer prevention. Cell Cycle, 2014, 13(4), 580-599)

При дисфункции молочной железы с повышенной маммографической плотностью, обнаруживаются множественные эпигенетические нарушения — “умолкание” генов-супрессоров опухолевого роста, а также нарушения в сигнальных каскадах, которые стимулируют клеточную пролиферацию, нарушения апоптотической активности и воспалительный процесс.

Важнейшим свойством лекарственного препарата Индинол Форто является его способность вызывать избирательную гибель клеток молочной железы с аномально высокой пролиферативной активностью, а также его ингибирующая активность в отношении туморогенных опухолевых стволовых клеток, а также ферментов эпигенетических модификаций. Результатом этого действия является восстановление нормальной генетической программы клетки, активация генов-супрессоров опухолевого роста и торможение процессов канцерогенеза.

В данных методических рекомендациях ведения пациенток с доброкачественной патологией молочной железы описаны методы патогенетического лечения фиброзно-кистозной болезни, направленные на подавление дормантных опухолевых стволовых клеток, эпигенетическую модификацию генов-супрессоров опухолевого роста и как следствие, профилактику РМЖ.

Приложение № 1 Перечень обследования женщин по выявлению заболеваний молочных желез

Клинические методы обследования.

1. Сбор жалоб и анамнеза (перенесенные и сопутствующие соматические и гинекологические заболевания, менструальная и репродуктивная функция; социально-бытовые условия, отягощенная семейная онкологическая наследственность).

3. Осмотр и мануальное исследование молочных желез (двумя руками в двух позициях, в положении лежа и стоя), регионарных лимфатических узлов в первую фазу менструального цикла.

4. При осмотре врач уточняет возможные изменения со стороны молочных желез: аномалии развития, изменения цвета кожного покрова, изменение формы и объема молочных желез, состояние подмышечной, подключичной и надключичной впадин. Пальпация молочных желез проводится открытой ладонью и вытянутыми пальцами по всей окружности, от периферии к соску, тщательно и аккуратно. Нельзя пальпировать молочные железы кончиками пальцев. У всех пациенток при надавливании на околососковое поле определяют отсутствие или наличие отделяемого из сосков, его цвет, консистенцию и характер.

Лучевые методы диагностики.

1. Ультразвуковое исследование молочных желез.

Проводится на 5-12 день менструального цикла, дополняет и уточняет картину патологического процесса, полученного при других методах исследования. Для исследования отсутствуют возрастные ограничения и радиационная нагрузка. Недостатком метода являются невозможность диагностировать небольшие опухоли (менее 1 см), микрокальцинаты, являющиеся одним из первых признаков малигнизации, и низкая информативность при оценке диффузных изменений молочных желез, трудности распознавания опухолей на фоне жировой ткани.

Ультразвуковое исследование молочных желез проводится при:

- обследовании женщин моложе 40 лет, не имеющих жалоб, с профилактической целью;
- наличии жалоб пациентки и патологических данных физикального обследования;
- обследовании молочных желез в период беременности и лактации, а также у детей и подростков;
- для уточнения специфических характеристик патологического процесса и динамической оценки ;

- дифференциальной диагностике кистозных и солидных образований;
- проведении пункции образований;
- неоднозначных рентгенологических данных;
- оценке состояния силиконовых протезов молочных желез.

1.1. Ультразвуковое исследование молочных желез дополняется доплерометрией (цветная, энергетическая, импульсная) и эластографией при наличии узловых/кистозных/внутрипротоковых включений в молочных железах.

1.2. Контрастная ультразвуковая диагностика (дуктография, пневмокистография с контрастированием) проводится при патологических выделениях из молочных желез для уточняющей диагностики заболеваний молочной железы.

2. Рентгеновская маммография.

Является основным методом объективной оценки состояния молочной железы и дифференциальной диагностики. Проводится в двух проекциях на 5 -12 дни менструального цикла.

Стандартные сроки проведения маммографии:

1. 35-39 лет - одна исходная маммография;
2. 40-50 лет - один раз в два года при проведении профилактических медицинских осмотров, при наличии факторов риска ежегодно;
3. старше 50 лет - ежегодно;
4. 35-50 лет - ежегодно, если кто-то из кровных родственников болел РМЖ (в том числе носители мутации генов BRCA1 и/или BRCA2) или обнаружены атипические изменения в эпителии молочной железы при биопсии.

Ультразвуковое исследование молочных желез и рентгеновская маммография не альтернативные, а взаимодополняющие методики, широко используемые в диагностическом алгоритме заболеваний молочных желез.

3. Магнитно-резонансная томография (МРТ).

Выполняется после ультразвукового исследования молочных желез и рентгеновской маммографии, что позволяет оценить результаты комплексно.

Показаниями к МРТ являются:

- состояния после оперативного вмешательства (через 3 месяца) и лучевой терапии (через 18 месяцев) по поводу РМЖ;
- после реконструктивно-пластических операций с оставлением имплантов.

МРТ выполняется с использованием внутривенного введения контрастирующих

препаратов, что позволяет получить дополнительную информацию о характере васкуляризации патологического новообразования, развитии и разрешении воспалительного и эдематозного процесса.

4. Компьютерная томография (КТ).

Позволяет визуализировать первичную опухоль, оценить ее положение, размеры, структуру, контуры патологического образования, проводится, преимущественно, для выявления регионарных и отдаленных метастазов.

Лабораторные методы исследования

1. Гормональные исследования (пролактин, эстрадиол, ФСГ, ЛГ, прогестерон, ТТГ, ТЗ, Т4). Определение гормонального статуса является обязательным компонентом в комплексном обследовании женщин с заболеваниями молочных желез с целью правильного выбора лечебной тактики.

2. Анализ крови на онкомаркеры.

СА 15-3 – представляет собой антиген, возникающий из мембран клеток карциномы молочной железы. Динамика уровня маркера представляет больший интерес, нежели его единичное значение. До 80% женщин с метастазами РМЖ имеют значительное повышение уровня этого онкомаркера, у больных РМЖ I-II стадии его повышение наблюдается в 20% случаях. Референсные значения онкомаркера зависят от лабораторий и диагностического оборудования, в среднем пороговое значение составляет менее или равно 31,5 Ед/мл.

Морфологические методы исследования

1. Цитологическое исследование выделений из сосков, соскобов-отпечатков эрозий и трещин в области соска.

2. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов новообразований, полученных, в том числе под контролем ультразвукового исследования (пункционная-аспирационная, эксцизионная).

Дополнительные методы исследования.

1. Термография.

Для фиброзно-кистозной болезни характерна очаговая гипертермия с температурным градиентом 0,6-1,6°C.

2. Радиотермометрия.

Метод применим для измерения глубинной температуры тканей и органов, которая является интегральным показателем уровня биоэнергетических процессов в ткани молочной железы и может служить

показателем их морфофункционального состояния.

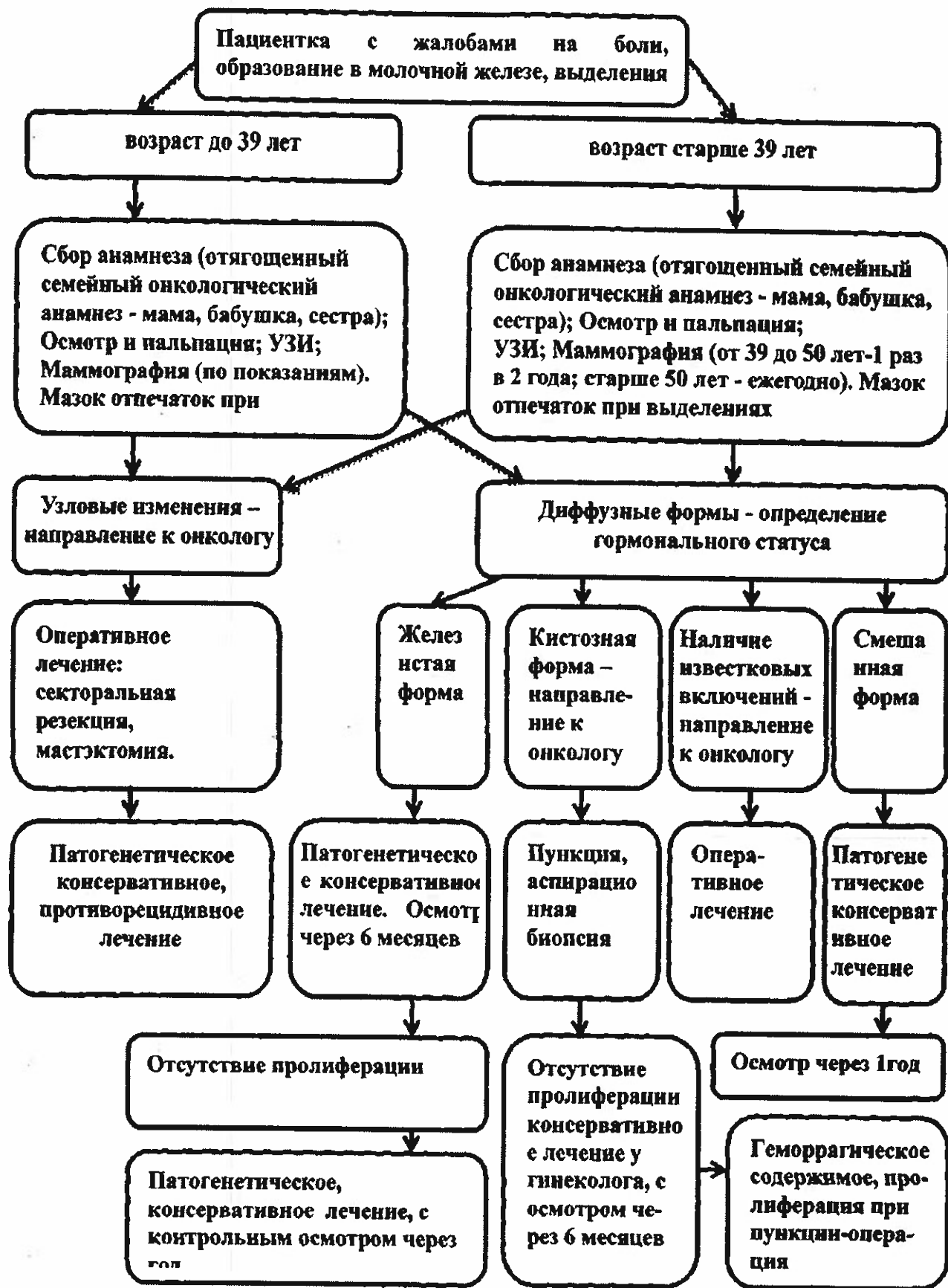
Метод позволяет проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными и злокачественными новообразованиями на фоне выраженных диффузных изменений молочной железы.

**Всем женщинам с доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочных желез необходимо провести тщательное гинекологическое обследование (гинекологический осмотр с исследованием цитологического соскоба с шейки матки на атипичные клетки, ультразвуковое исследование органов малого таза на 5-7 день менструального цикла.).*

Приложение 2. Алгоритм обследования женщин с заболеваниями молочных желез

Обследование проводят в I фазу менструального цикла (5-12 день менструального цикла) и начинают с клинического исследования, определяющего дальнейшую тактику ведения пациентов.

В последующем проводится лучевая диагностика. На заключительном этапе осуществляются лабораторные и морфологические методы исследования.



Алгоритм обследования женщин при отсутствии жалоб



Классификация заболеваний молочной железы

По определению Всемирной организации здравоохранения (1984) мастопатия - это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся спектром пролиферативных (гиперплазия, пролиферация долек, протоков, соединительной ткани) и регрессивных (атрофия, фиброз, кисты) изменений ткани железы с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов.

В международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10 пересмотра) болезни молочной железы (N60-N64) относятся к XIV классу «Болезни мочеполовой системы»:

N 60 Доброкачественная дисплазия молочной железы. Включена: фиброзно-кистозная мастопатия.

N 60.0 Солитарная киста молочной железы. Киста молочной железы.

N 60.1 Диффузная кистозная мастопатия. Кистозная молочная железа.

Исключена: с пролиферацией эпителия (N60.3).

N 60.2 Фиброаденоз молочной железы.

Исключена: фиброаденома молочной железы (D24).

N 60.3 Фибросклероз молочной железы.

Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия.

N 60.4 Эктазия протоков молочной железы.

N 60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы.

N 60.9 Доракваденная дисплазия молочной железы неуточненная.

N 62 Гипертрофия молочной железы.

N 63 Образование в молочной железе неуточненное.

N 64 Другие болезни молочной железы.

N 64.1 Жировой некроз молочной железы.

N 64.2 Атрофия молочной железы.

N 64.3 Галакторея, не связанная с деторождением.

N 64.4 Мастодиния.

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.

Приложение № 3 Клинические рекомендации по лечению женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез

1. Лечение пациенток осуществляется в зависимости от формы заболевания молочной железы по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10 пересмотра).

При подозрении на малигнизацию пациентка направляется на консультацию к онкологу в соответствии с приложением 6.

Лечение доброкачественных заболеваний молочных желез следует начинать с отмены эстроген-содержащих контрацептивов.

2. Лечение фибroadеноза молочной железы (МКБ N 60.2).

2.1 Индолкарбинол по 200 мг 2 раза в день 6 месяцев.

2.2 Прогестерон гель (для наружного применения) 1% 0,025г, по 2,5 мг 1-2 раза в день до 3 месяцев.

3. Лечение диффузной кистозной мастопатии (МКБ N 60.1) фибросклероза молочной железы (МКБ N 60.3).

3.1. Индолкарбинол по 200 мг 2 раза в день 6 месяцев.

3.2. Прогестерон гель 1% (для наружного применения) 0,025г по 2,5 мг 1-2 раза в день до 3 месяцев.

4. Лечение галактореи, не связанной с деторождением (МКБ N 64.3) и мастодинии (МКБ N 64.4).

4.1. Индолкарбинол по 200 мг 2 раза в день 6 месяцев.

4.2 Ингибиторы пролактина (каберголин) в течение 6 месяцев.

5. Лечение узловой формы фиброзно-кистозной болезни: солитарная киста (МКБ N 60.0), фибroadенома (МКБ D 24), жировой некроз молочной железы (МКБ N 64.1), образование в молочной железе неутонченное (МКБ N 63).

5.1 Оперативное лечение в условиях онкологического стационара с гистологическим исследованием образования молочной железы.

5.2 Противорецидивная терапия:

Индолкарбинол по 200 мг 2 раза в день 12 месяцев.

6. Хирургическое лечение показано при:

- узловых пролиферативных формах;
- выявлении пролиферации эпителия в кистах более 5 мм после аспирационной тонкоигольной пункционной биопсии и цитологического исследования;
- кистах более 5 мм без пролиферации, подлежащих аспирационной

тонкоигольной пункционной биопсии с цитологическим исследованием,
при повторном наполнении кисты - оперативное лечение;

- микрокальцинатах на маммограммах;
- неэффективности консервативной терапии.

Приложение № 4 Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез

Обследование молочных желез женщин осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях независимо от формы собственности: фельдшерско-акушерские пункты, смотровые кабинеты, амбулаторно-поликлинические учреждения, женские консультации (акушерско-гинекологические кабинеты).

Проведение 1 этапа обследования независимо от возраста пациенток включает в себя сбор жалоб, анамнеза, осмотр и пальпацию молочных желез.

После проведения 1 этапа обследования при наличии или отсутствии жалоб, признаков заболеваний молочных желез и гинекологических заболеваний всем женщинам проводится:

до 40 лет ультразвуковое исследование молочных желез;

с 35-39 лет - одна исходная маммография;

40-50 лет и старше - маммография проводится 1 раз в 2 года, старше 50 лет - 1 раз в год.

Женщинам в возрасте до 40 лет маммография проводится при подозрении на рак молочной железы, а также при наличии факторов высокого риска развития рака молочной железы (наличие указаний на рак молочной железы у родственников) и выполняется по назначению врача гинеколога, врача онколога, хирурга, терапевта, медицинского персонала смотрового кабинета и фельдшерско-акушерского пункта.

Факторы риска: возраст начала менструации до 13 лет; гинекологические заболевания в анамнезе (миома, полип матки, эндометриоз, кисты яичников, дисфункция яичников, бесплодие); отсутствие родов; первые роды в возрасте старше 30 лет; отрицательные стрессовые ситуации; ушибы, мастит, операции на молочной железе; онкологические заболевания молочной железы у кровных родственников по женской линии (матери, бабушки, сестры, тети и т.п.)

Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез в смотровых кабинетах поликлиник и на фельдшерско-акушерских пунктах.

1. После проведения общего обследования у пациенток, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение (смотровой кабинет, фельдшерско-акушерский пункт) медицинским персоналом смотрового кабинета проводится дополнительное изучение анамнеза для выявления факторов риска заболеваний молочных желез с целью проведения профилактических мероприятий и оформляется вкладыш к медицинской карте амбулаторного больного «Факторы риска заболеваний молочной железы у женщин».

2. После проведенного обследования и дополнительного изучения факторов риска заболеваний молочной железы медицинским персоналом смотрового кабинета и фельдшерско-акушерского пункта формируются группы пациенток в соответствии с приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.03.2006 № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы»:

группа 1 - здоровые лица, не имеющие факторов риска и изменений в молочной железе;

группа 2 - лица, имеющие анамнестические факторы риска без изменений в молочной железе;

группа 3 - лица, имеющие анамнестические факторы риска и изменения в молочной железе;

группа 4 - лица, имеющие изменения в молочной железе без наличия анамнестических факторов риска.

3. В соответствии с принадлежностью пациентки к определенной группе медицинским персоналом смотрового кабинета и фельдшерско-акушерского пункта определяется дальнейший маршрут обследования пациенток:

пациенткам 1 группы рекомендуется пройти очередной осмотр в кабинете не позже, чем через 2 года;

пациенткам 2 группы рекомендуется пройти дополнительное ультразвуковое обследование молочных желез, при наличии показаний провести консультации у соответствующих специалистов, занятия в школах здоровья;

пациенткам 3 и 4 групп рекомендуется пройти дополнительное обследование в рентгеномаммографическом кабинете.

4. При выявлении заболеваний молочных желез медицинский персонал смотрового кабинета и фельдшерско-акушерского пункта передает данные о пациентке:

в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) - при наличии диффузной гиперплазии молочной железы;

в поликлинику врачу, осуществляющему диспансерное наблюдение за

больными с онкозаболеваниями (врачу онкологу, хирургу, терапевту) - при наличии узловых доброкачественных образований в молочной железе.

Организация диспансерного наблюдения женщин с патологией молочных желез в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете).

Диспансерное наблюдение за женщинами с доброкачественными заболеваниями молочных желез проводится в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете).

В зависимости от результатов обследования формируются группы:

1 группа: здоровые женщины, которым рекомендуется проходить маммографию один раз в два года до 50 лет и ежегодно старше 50 лет;

2 группа: пациентки с диффузными гиперплазиями молочной железы, которым показано проведение консервативного лечения, обследование для исключения заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, щитовидной железы, ультразвуковое исследование (контроль) через 6 месяцев, динамическое наблюдение врача акушера - гинеколога по показаниям, но не реже 1 раза в 6 месяцев, маммография 1 раз в год;

3 группа пациенток с узловыми доброкачественными образованиями в молочной железе направляются к онкологу согласно приложению № 6.

Дифференциальная диагностика, оперативное лечение и диспансерное наблюдение пациенток с узловыми мастопатиями, доброкачественными и злокачественными опухолями проводится врачами онкологами.

Приложение № 5 Критерии для направления на консультацию к врачу онкологу

Показаниями для направления пациенток к врачу-онкологу являются изменения в молочной железе:

- уплотнения, узловые образования;
- выделения из соска различного характера (не связанные с беременностью или лактацией);
- эрозии, корочки, чешуйки, изъязвления в области соска или ареолы;
- деформация, отек, увеличение или уменьшение размеров молочной железы;
- увеличение лимфатических узлов в подмышечной или надключичной области, выявленные при проведении осмотра и пальпации молочных желез;
- все узловые формы и образования, кисты молочных желез более 5 мм;
- кисты молочных желез с наличием пристеночного компонента, выявленные при ультразвуковом исследовании;
- сгруппированные микрокальцинаты, узловые образования, кисты более 5 мм, фиброаденомы 1 см и более, одностороннее утолщение кожи, втяжение кожи, асимметричное уплотнение структуры железы, выявленные при маммографии.