

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

от 27 сентября 2018 г. N 28-2/1944

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, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 420-р, с целью профилактики заболеваний, улучшения общего и репродуктивного здоровья женского населения разработаны и направляются для руководства в работе методические [рекомендации](#) по профилактике рака шейки матки и методические [рекомендации](#) по профилактике рака молочной железы.

Директор Департамента
общественного здоровья
и коммуникаций
В.Н.БУЗИН

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Приказ Минздравсоцразвития РФ N 154 от 15.03.2006, а не 15.05.2006.

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 N 420-р, [приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 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 N 154 "О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы"

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 учет и около 600 тыс. пациентов продолжают наблюдение у врачей-онкологов [3, 4].

Факторами риска, повышающими вероятность возникновения РМЖ, считаются:

- избыточный вес,
- повышенное (> 2) соотношение метаболитов эстрогена:

2-гидроксиэстроны и 16α – гидроксиэстроны ($2-OHE1/16\alpha-OHE1$),

- 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 $16\alpha-OHE1$ - 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 (метилование ДНК) в сочетании с диссоциацией ацетильного остатка от гистонов хроматина (деацетилованием 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

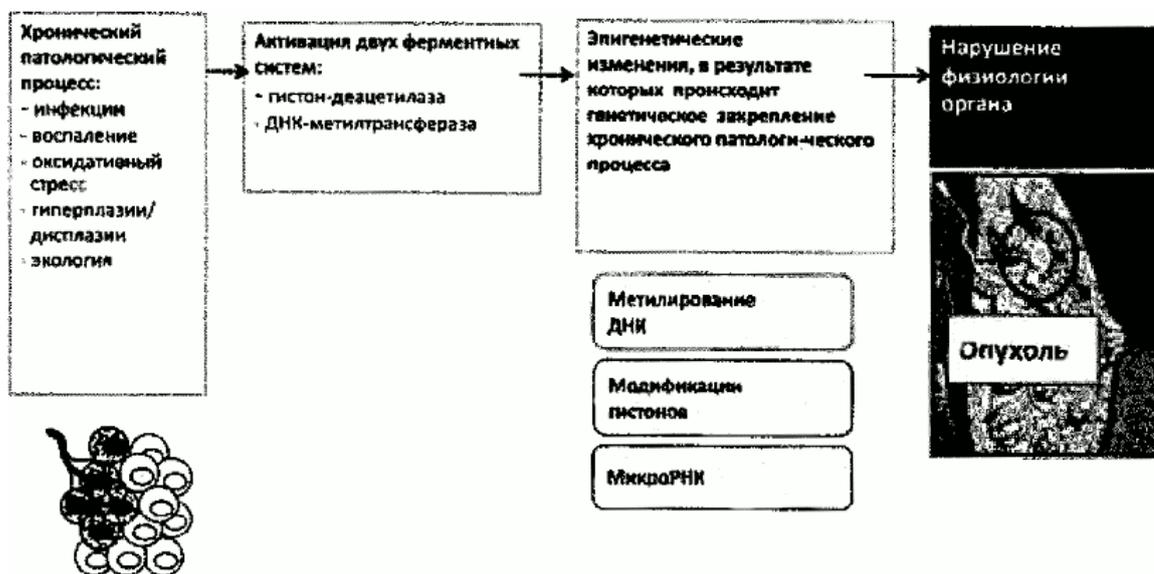


Рис. 1. Эпигенетические изменения в органах репродуктивной системы, вызывающие канцерогенез

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.

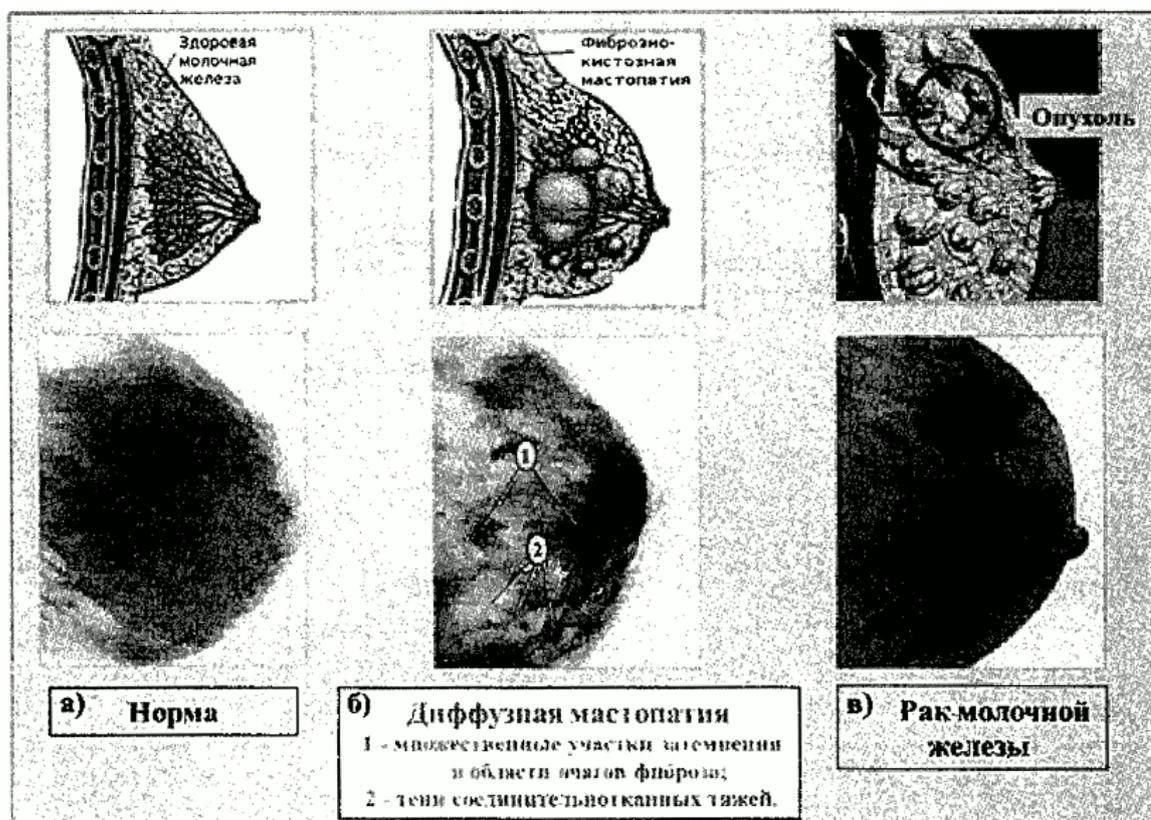


Рис. 2. Схемы и маммографические снимки: а) здоровая молочная железа б) фибрино-кистозная мастопатия в) рак молочной железы (Lisanti MP, Tsirigos A, Pavlides S et al.

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)

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.

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 N 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).

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

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;
- о дифференциальной диагностике кистозных и солидных образований;
- о 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 атипичические изменения в эпителии молочной железы при биопсии.

Ультразвуковое исследование молочных желез и рентгеновская маммография не альтернативные, а взаимодополняющие методики, широко использующиеся 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, Т3, 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 °С.

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.

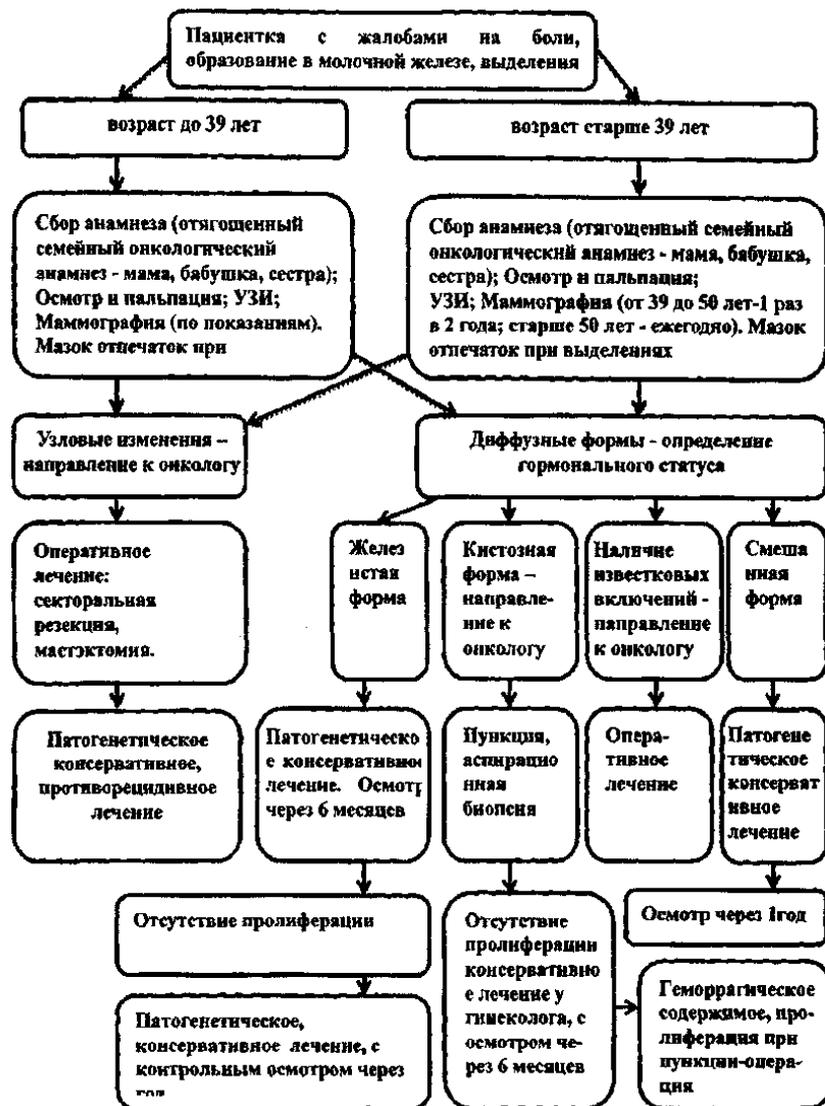
<*> Всем женщинам с доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочных желез необходимо провести тщательное гинекологическое обследование (гинекологический осмотр с исследованием цитологического соскоба с шейки матки на атипичные клетки, ультразвуковое исследование органов малого таза на 5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

Приложение 2

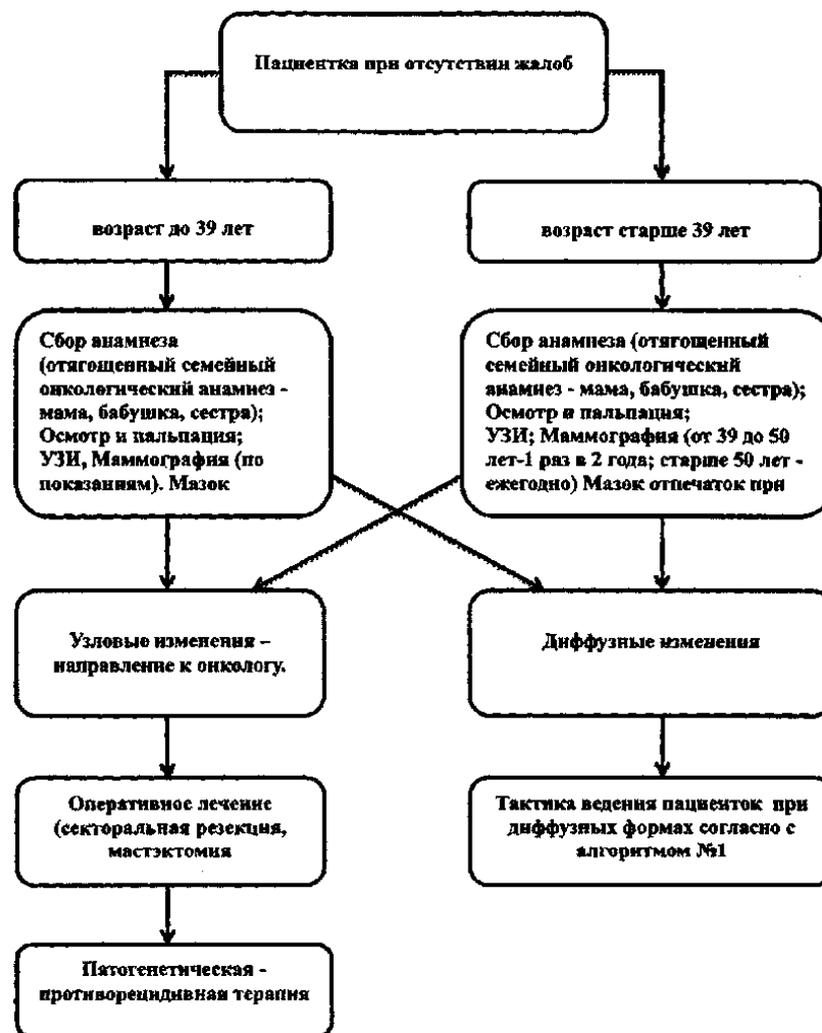
**АЛГОРИТМ
ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

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":

N60 Доброкачественная дисплазия молочной железы. Включена: фиброзно-кистозная мастопатия.

N60.0 Солитарная киста молочной железы. Киста молочной железы.

N60.1 Диффузная кистозная мастопатия. Кистозная молочная железа.

Исключена: с пролиферацией эпителия (N60.3).

N60.2 Фиброаденоз молочной железы.

Исключена: фиброаденома молочной железы (D24).

N60.3 Фибросклероз молочной железы.

Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия.

N60.4 Эктазия протоков молочной железы.

N60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы.

N60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная.

N62 Гипертрофия молочной железы.

N63 Образование в молочной железе неуточненное.

N64 Другие болезни молочной железы.

N64.1 Жировой некроз молочной железы.

N64.2 Атрофия молочной железы.

N64.3 Галакторея, не связанная с деторождением.

N64.4 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.

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).

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду приложение N 5, а не приложение N 6.

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 фиброаденоза молочной железы (МКБ N60.2).

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

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

3. Лечение диффузной кистозной мастопатии (МКБ N60.1) фибросклероза молочной железы (МКБ N60.3).

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

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

4. Лечение галактореи, не связанной с деторождением (МКБ N64.3) и мастодинии (МКБ N64.4).

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 N60.0), фиброаденома (МКБ D24), жировой некроз молочной железы (МКБ N64.1), образование в молочной железе неутонченное (МКБ N63).

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 N 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 N 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: здоровью 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;

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду приложение N 5, а не приложение N 6.

3 группа пациенток с узловыми доброкачественными образованиями в молочной железе направляются к онкологу согласно [приложению N 6](#).

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

Приложение N 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.
