



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

дн августа 2019г.

№ *1494-опр*

Иркутск

О внесении изменений в Методические рекомендации по организации оказания медицинской помощи взрослому населению Иркутской области по профилю «онкология»

В целях организации оказания медицинской помощи взрослому населению Иркутской области по профилю «онкология», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 февраля 2019 года № 48н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н», руководствуясь статьей 13 Закона Иркутской области от 12 января 2010 года № 1-ОЗ «О правовых актах Иркутской области и правотворческой деятельности в Иркутской области»:

1. Внести в Методические рекомендации по организации оказания медицинской помощи взрослому населению Иркутской области по профилю «онкология», утвержденные распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области от 13 апреля 2018 года № 1080-мр (далее – Методические рекомендации), следующие изменения:

1) в пункте 7 слова «врача-онколога онкологического кабинета» заменить словами «врача-онколога центра амбулаторной онкологической помощи или первичного онкологического кабинета»;

2) абзац восемьдесят третий пункта 20 изложить в следующей редакции:

«В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», приложение 2 пункт 1 в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится осмотр фельдшером (акушеркой) женщин в возрасте от 18 до 64 лет включительно – взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки и у девственниц. Допускается вместо осмотра фельдшером (акушеркой) проведение осмотра

врачом акушером-гинекологом, включая взятие мазка с шейки матки. Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может проводиться по медицинским показаниям без учета установленной периодичности.»;

3) пункт 23 дополнить абзацем вторым следующего содержания:

«Маршрут пациента в ГБУЗ ООД осуществляется в соответствии с Приложениями 9¹, 9² к настоящим Методическим рекомендациям.»;

4) в пункте 27 подпункт «и» изложить в следующей редакции:

«и) контроль и лечение лиц группы повышенного онкологического риска с патологией молочной железы, яичников, шейки матки, тела матки в соответствии с Приложениями 12; 12¹;12² к настоящим Методическим рекомендациям.»;

5) пункт 28 изложить в следующей редакции:

«28. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом и иными врачами-специалистами в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете.»;

6) пункт 29 изложить в следующей редакции:

«29. Центр амбулаторной онкологической помощи либо первичный онкологический кабинет создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара либо в амбулаторных условиях; предусматривает прикрепленное население, диспансерную группу пациентов со злокачественными новообразованиями и перечень медицинских организаций, входящих в зону ответственности центра амбулаторной онкологической помощи.»;

7) в пункте 30 слова «первичного онкологического кабинета» заменить словами «центра амбулаторной онкологической помощи либо первичного онкологического кабинета»;

8) в пункте 31:

в абзаце первом слова «первичного онкологического кабинета» заменить словами «центра амбулаторной онкологической помощи»;

в подпункте «в» слова «в первичном онкологическом кабинете» заменить словами «в центре амбулаторной онкологической помощи»;

подпункт «д» изложить в следующей редакции: «д) организует выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания;»;

подпункт «е» изложить в следующей редакции: «е) в случае отсутствия центра амбулаторной онкологической помощи врач-онколог первичного онкологического кабинета в течение одного дня с момента установления предварительного диагноза злокачественного новообразования организует

взятие биопсийного (операционного) материала, его консервацию в 10%-ном растворе нейтрального формалина, маркировку и направление в патологоанатомическое бюро (отделение) с приложением направления на прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала по форме согласно приложению 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2016г. №179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований», а также организует направление пациента для выполнения иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания;»;

в подпункте «ж» слова «первичное онкологическое отделение» исключить;

подпункт «з» после слова «сроков» дополнить словом «выполнения»;

подпункт «и» изложить в следующей редакции: «и) врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета) направляет больного в ГБУЗ ООД для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с соблюдением сроков начала лечения.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 14 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патолого-анатомических исследований в амбулаторных условиях);»;

9) дополнить Приложениями 9¹, 9², 12¹, 12² следующего содержания (прилагаются);

10) в Приложении 13:

в пункте 1 слова «врача-онколога первичного онкологического кабинета», заменить словами «врача-онколога центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета»;

в пункте 3 слова «специалистом онкологического кабинета» заменить словами «врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета»;

в пункте 6 слова «врачом онкологического кабинета» заменить словами «врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета»;

в пункте 6 абзац третий изложить в следующей редакции:

«Через Call центр по телефону при наличии амбулаторной карты в ГБУЗ ООД:

8(3952) 214 – 220, г. Иркутск

регистратура г. Ангарск -8 (3955)514-130

регистратура г. Усолье -8(39543)6-37-62

регистратура г. Братск -8(3953)37-68-28»;

в пункте 6 абзац четвертый изложить в следующей редакции:

«Допускается запись самостоятельно пациентом или доверенным лицом при личном обращении в регистратуру ГБУЗ ООД при наличии Направления и пакета документов установленной формы.».

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, обеспечить неукоснительное исполнение Методических рекомендаций с учетом изменений, утвержденных настоящим распоряжением.

3. Ответственность за исполнение настоящего распоряжения возложить на главного внештатного специалиста министерства здравоохранения Иркутской области, главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной онкологический диспансер» Дворниченко В.В.

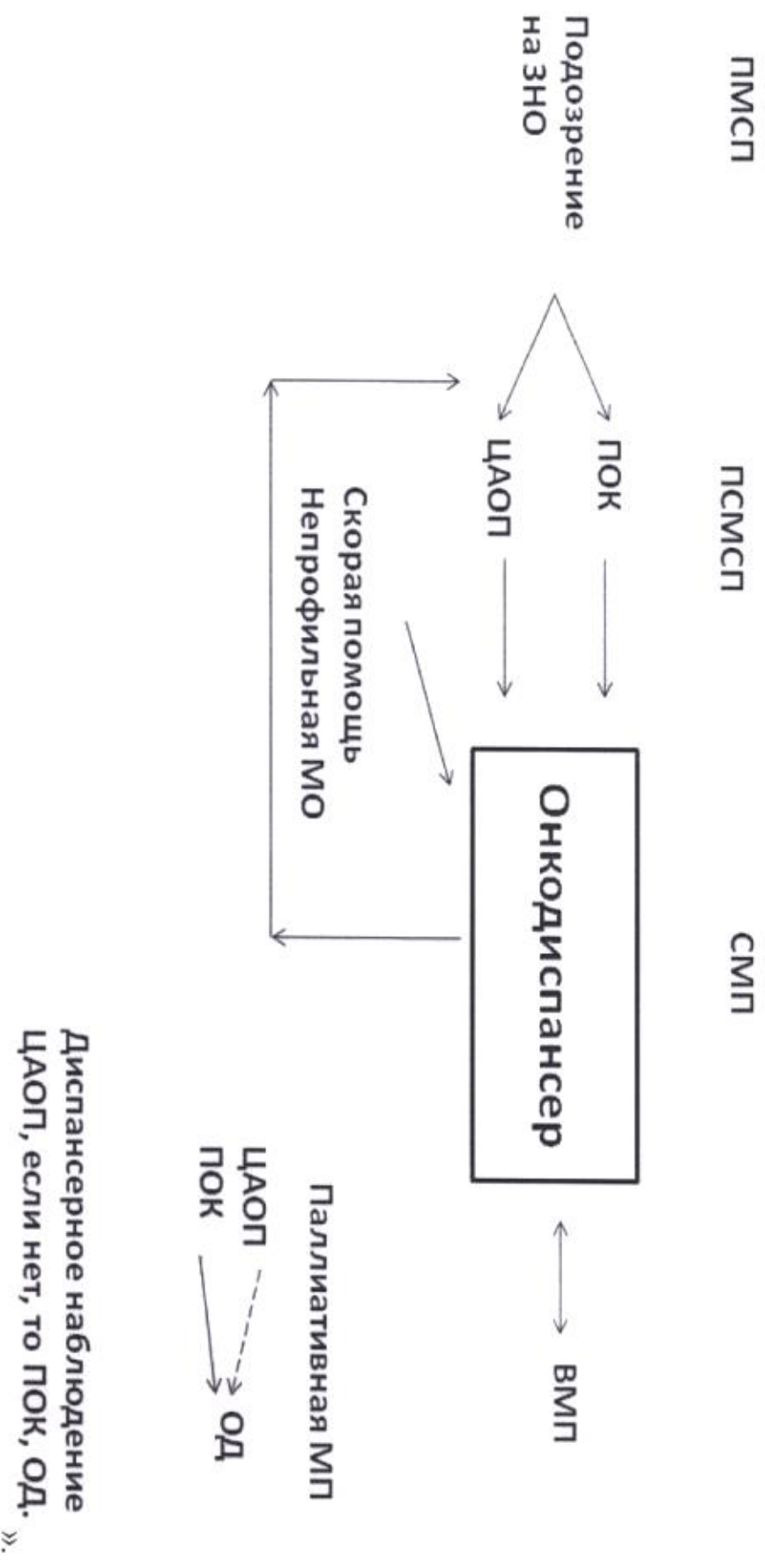
4. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Иркутской области Голенецкую Е.С.

Министр

О.Н. Ярошенко

Приложение 1
к распоряжению министерства здравоохранения Иркутской области
от 22 августа 2019 № 1494-офф
«Приложение 9»
к Методическим рекомендациям по организации медицинской помощи
взрослому населению Иркутской области по профилю «Онкология»».

Маршрут пациента в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»



Приложение 2
 к распоряжению министерства здравоохранения Иркутской области
 от 22 августа 2019 № 1494-счд
 «Приложение 9»
 к Методическим рекомендациям по организации медицинской помощи
 взрослому населению Иркутской области по профилю «Онкология»».

Основные функциональные отличия ПОК и ЦАОП

Функция	ПОК (амб.)	ЦАОП (амб. + ДС)
Диагностика	Да	Да
Направление в ОД на диагностику	Да	Да
Терапия, в т.ч. лек. По результатам консилиума в ОД	Да	Да
Оценка эффективности и переносимости терапии	Да	Да
Купирование побочных эффектов	Да	Да
Паллиативная помощь и противоболевая терапия	Да	Да
Направление на паллиативную помощь	Да	Да
Назначение лекарственных препаратов, в т.ч. наркот.	Да	Да
Выписка наркотических лекарственных препаратов	Да	Да
Консультирование врачей - специалистов	Да	Да
Диспансерное наблюдение, направление в ОД	Динамич.набл.	Да
Анализ отказов от лечения	Да	Да
Сан-гиг. просвещение	Да	Да
Анализ ошибок диагностики	Да	Да
Оформление документов медико-санитарной экспертизы	Да	Да
Документооборот	Оценка направлений в ОД	Да
Анализ смерти в 1-й год		Да

Методическая поддержка ПМСГ***	да	да
Ведение регионального ракового регистра	да	да

ПОК – первичный онкологический кабинет

ОД – онкологический диспансер

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи

ПСМП – первичная медико – санитарная помощь»

Приложение 3
к распоряжению министерства здравоохранения
Иркутской области
от *главы* № *1494-мер*
2019г. «Приложение 12¹»
к Методическим рекомендациям по организации
медицинской помощи взрослому населению
Иркутской области по профилю «Онкология»»

Организация оказания медицинской помощи женщинам с патологией
молочной железы в Иркутской области

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий Порядок регулирует организацию оказания медицинской помощи женщинам с патологией молочной железы в амбулаторно-поликлинических учреждениях Иркутской области.

2. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Законом Иркутской области от 5 марта 2010 года № 4-оз «Об отдельных вопросах здравоохранения в Иркутской области», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 марта 2006 года № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы».

Глава 2. Организация оказания медицинской помощи женщинам с
патологией молочной железы в Иркутской области

3. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женщин, направленное на раннее выявление и своевременное лечение патологии молочных желез.

4. Все женщины, обратившиеся к врачу-гинекологу, независимо от гинекологического диагноза или его отсутствия, должны обязательно пройти обследование молочных желез.

5. Женщинам с доброкачественными заболеваниями молочных желез необходимо провести углубленное гинекологическое обследование.

6. Осмотр молочных желез является обязательным:

- а) при обращении женщин в женские консультации;
- б) при наблюдении женщин по поводу беременности;
- в) при поступлении в гинекологические и акушерские стационары.

7. С целью ранней диагностики рака молочной железы врач-акушер-гинеколог проводит и назначает следующие виды исследований:

- а) сбор анамнеза;
- б) осмотр и пальпация молочных желез;
- в) маммография;
- г) ультразвуковое исследование молочных желез;
- д) цитологическое исследование отделяемого из соска.

8. После проведенного обследования при подозрении на рак молочной железы женщина направляется в государственное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер» к врачу-онкологу.

9. При доброкачественных заболеваниях молочной железы женщины состоят на диспансерном учете в женской консультации (третья диспансерная группа).

10. Врач-акушер-гинеколог оказывает медицинскую помощь и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

Глава 3. Алгоритм диагностики заболеваний молочной железы

11. По определению Всемирной организации здравоохранения мастопатия – это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в тканях молочной железы.

Термином «мастопатия» (МКБ-10) обозначают группу дисгормональных доброкачественных дисплазий молочных желез с гиперплазией ткани.

12. Болезни молочной железы (N60-N64):

а) N60 Доброкачественная дисплазия молочной железы, включено: фиброкистозная мастопатия;

б) N60.0 Солитарная киста молочной железы;

в) N60.1 Диффузная кистозная мастопатия, исключено: с пролиферацией эпителия (N60.3);

г) N60.2 Фиброаденоз молочной железы, исключено: фиброаденома молочной железы (D24);

д) N60.3 Фибросклероз молочной железы;

е) N60.4 Эктазия протоков молочной железы;

ж) N60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы;

з) N60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная;

и) N63 Образование в молочной железе неуточненное;

к) N64.3 Галакторея, не связанная с деторождением;

л) N64.4 Мастодиния;

м) N64.9 Болезнь молочной железы неуточненная.

13. Факторы риска, вызывающие дисгормональную патологию молочных желез:

а) отягощенный наследственный анамнез;

б) эндокринные нарушения менструальной функции;

в) заболевания других эндокринных желез;

г) стрессовые ситуации, приводящие к нарушению нейро-эндокринной регуляции;

д) аборты и самопроизвольные выкидыши на ранних сроках беременности;

- ж) отсутствие в анамнезе беременности и родов;
- з) первая беременность и роды после 30 лет;
- и) отсутствие, короткий или очень длинный период вскармливания;
- к) раннее менархе (до 12 лет) и поздняя менопауза (после 51 года).

14. Анамнез: наследственная предрасположенность, уточняются жалобы, время и причины их появления.

15. Объективное исследование молочных желез: отмечается симметрия молочных желез, наличие опухолевидных образований, ассиметричного втяжения сосков, присутствие рубцовых изменений, кожных втяжений, папиллом, различных пятен на коже молочной железы. Определяется степень развития молочных желез и наличие выделений из сосков.

16. Мануальное исследование включает поверхностную и глубокую пальпацию молочных желез. Определяется консистенция молочных желез, её симметричность, наличие уплотнений и их характер. При наличии узловых образований: размер, плотность, однородность, количество, подвижность, связь с подлежащими тканями, кожей. Проверяется возможность смещения кожи и образования кожной складки над зоной узла, определяется симптом «лимонной корки» и фиксация кожи даже на ограниченном участке.

17. Обязательным является обследование аксиллярных зон, пальпация лимфатических узлов.

18. Структура молочной железы зависит от фаз менструального цикла.

Предменструальный период: отечность и разрыхление внутридольковой ткани, её структура широкопетлистая, железистых ходов больше обычного, их просвет расширен.

Во время менструации: отек и инфильтрация внутридольковой ткани.

В постменструальный период: разрыхление внутридольковой соединительной ткани исчезает, железистые протоки в дольке суживаются.

В середине менструального цикла процесс уплотнения внутридольковой соединительной ткани усиливается.

19. Пальпация молочных желез осуществляется в положении женщины стоя и лежа.

В положении лежа на спине (руку на стороне исследования просят положить под голову), в положении стоя (руки просят положить на голову).

Пальпацию молочных желез проводят по двум методикам радиальной или по спирали.

Основным в пальпации молочных желез является тщательность и охват всей молочной железы. Особое внимание обращают на состояние верхне-наружных квадрантов.

20. Ультразвуковое исследование молочных желез.

Ультразвуковое исследование молочных желез (далее – УЗИ) наиболее информативно у молодых женщин. Для детализации эхографической картины молочной железы используют датчики с высокой резонансной частотой (7,5 – 15 МГц).

УЗИ проводится в I фазу менструального цикла.

УЗИ не выявляет микрокальцинаты.

Показания для проведения УЗИ:

- а) у женщин моложе 35 лет, не имеющих жалоб, желающих пойти обследование с профилактической целью;
- б) при наличии жалоб и данных физикального обследования, свидетельствующих о заболевании молочных желез;
- в) для дифференциальной диагностики кистозных и солидных образований;
- г) при обследовании молочных желез при беременности и лактации;
- д) оценки воспалительных процессов;
- е) для оценки состояния силиконовых протезов молочных желез.

С помощью ультразвукового сканирования проводится оценка всех компонентов молочной железы: кожи; соска; подкожной зоны, включающей в себя премаммарную клетчатку и передний листок расщепленной фасции; связок Купера; паренхимы молочной железы; млечных протоков; ретромаммарной области и лимфоузлов.

УЗИ позволяет визуализировать молочную железу от кожных покровов до грудной стенки.

УЗИ не является методом скрининга патологии молочных желез.

21. Рентгеновская маммография.

Маммография проводится в I фазу менструального цикла (5 – 12 день).

До 35 лет маммография проводится только при подозрении на рак молочной железы, а также при наличии факторов высокого риска рака молочной железы (у родственников рак молочной железы) - выполняется по назначению врача-онколога в государственном учреждении здравоохранения «Областной онкологический диспансер».

С 40 лет маммография проводится 1 раз в 2 года.

С 50 лет маммография проводится 1 раз в год.

УЗИ и маммография не альтернативные, а взаимодополняющие методы.

22. После проведенного обследования при подозрении на рак молочной железы женщина направляется в государственное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер» на консультацию, дообследование для исключения рака молочной железы.

Показанием для направления пациентов к врачу-онкологу являются выявленные на УЗИ образования с нечетким контуром, кисты молочных желез более 2 см, кисты с наличием пристеночного компонента.

При маммографии показаниями для направления к врачу-онкологу является выявление сгруппированных микрокальцинатов, наличие узловых образований с нечетким контуром, кисты более 2 см., фиброаденомы более 1 см, одностороннее утолщение кожи, втяжение кожи, асимметричное уплотнение структуры железы.

При проведении осмотра и пальпации молочных желез показанием для направления к врачу-онкологу является наличие узловых образований, а также кровянистых выделений из соска, либо обильных односторонних выделений

23. В женской консультации проводится диспансерное наблюдение за женщинами с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

При диффузных формах мастопатии в женской консультации проводится дополнительное обследование для исключения заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, заболеваний щитовидной железы.

24. При выявлении гинекологической патологии лекарственные и гормональные препараты назначают индивидуально с учетом гинекологической патологии.».

Протокол описания маммограмм
(в соответствии с международной кодировкой маммограмм)

1. Общий осмотр рентгенограмм:
 - а) определение методики исследования;
 - б) установление стороны и проекции исследования;
 - в) оценка качества снимка;
 - г) общая оценка величины, формы, структуры органа.
2. Детальное изучение рентгеновского изображения:
 - а) состояние кожи (толщина, контуры, наружной и внутренней поверхности);
 - б) положение, форма, величина, очертания ореолы;
 - в) состояние молочных протоков в субмамиллярной области;
 - г) премаммарное пространство (его размеры, форма, структура, состояние подкожножировой клетчатки);
 - д) состояние волокнисто-железистой ткани (её развитие, распределение, очертание, структура во всех отделах включая аксилярную часть);
 - е) видимость и состояние кровеносных сосудов в молочной железе;
 - ж) состояние ретромаммарного пространства и подлежащих тканей.

При выявлении патологических изменений оценивают их положение, число, форму, интенсивность тени, структуру, наличие отложения извести, состояние окружающей ткани.
3. Сравнение картины всех анатомических элементов правой и левой молочной железы.
4. Сопоставление рентгеновской картины с прежними маммографическим материалом.
5. Сопоставление рентгенологических данных с данными других исследований.
6. Формулирование заключения.

Приложение 4
к распоряжению министерства здравоохранения
Иркутской области

от *Маммолога* № *1454-мф*
2019, «Приложение 12²»

к Методическим рекомендациям по организации
медицинской помощи взрослому населению
Иркутской области по профилю «Онкология»

Образцы заключений по маммограммам в соответствии с
международной кодировкой маммограмм.

Схема описания маммограмм:

1.Общий осмотр рентгенограмм:

- 1) определение методики исследования
- 2) установление стороны и проекции исследования
- 3) оценка качества снимка
- 4) общая оценка величины . формы. структуры органа.

2.Детальное изучение рентгеновского изображения:

- 1.) состояние кожи- толщина. контуры, наружной и внутренней поверхности
 - 2.) положение . форма. величина . очертания ореолы;
 - 3.) состояние молочных протоков в субмаммиллярной
 - 4.) премаммарное пространство-его размеры, форма. структура, состояние подкожножировой клетчатки.
 - 5.) состояние волокнисто-железистой ткани -его развитие, распределение , очертание. структура во всех отделах включая аксиллярную часть .
 - 6.) видимость и состояние кровеносных сосудов в молочной железе
 - 7.) состояние ретромаммарного пространства и подлежащих тканей при выявлении патологических изменений оценивают их положение, число., форму. Интенсивность тени, структуру. Наличие отложения извести. Состояние окружающей ткани.
3. Сравнение картины всех анатомических элементов правой и левой молочной железы.
 4. Сопоставление рентгеновской картины с прежними маммографическим материалом
 5. сопоставление рентгенологических жданных с данными других исследований.
 6. Формулирование заключения.

Категория 1 – Норма.

На маммограммах пациентки 40 лет в прямой кранио-каудальной и косой медио-латеральной проекциях кожа и подкожная жировая клетчатка не изменены. Соски симметричны, без признаков деформации или втяжения. Структурный рисунок симметричен в обеих железах. Развитие стромальных

и железистых структур соответствует возрасту. (Варианты: Фиброно-жировая трансформация; жировая инволюция и др.). Узловых образований не выявлено. Регионарные лимфоузлы не визуализируются.

Категория 2 – Доброкачественные изменения (образования)

На рентгенограммах обеих молочных желез кожи и подкожная клетчатка не изменены. Сосок и ареолярная зона не деформированы. Фиброзирование связок Купера. Тень железистого треугольника повышенной плотности за счет диффузной гиперплазии железистых элементов мелкоузелкового характера с преимущественной локализацией в верхне-наружных квадрантах обеих желез. Отмечается умеренное фиброзирование и деформация стромы. Подмышечные лимфоузлы не визуализируются.

Заключение: аденоз мелкоузелкового характера.

Рекомендованы консультация гинеколога, динамическое наблюдение.

При маммографии обеих желез кожи и подкожная клетчатка не изменены. Соски без признаков втяжения и деформации. Структура железистого треугольника представлена умеренно гиперплазированными железистыми элементами, фиброзированными стромальными структурами. На этом фоне в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется участок уплотнения с четко очерченными слегка волнистыми контурами размером 1,5x1,5 см, окруженный ободком просветления. В центре этого образования визуализируются крупноглыбчатые обызвествления неправильной формы, занимающие треть объема образования. В правой молочной железе узловых изменений не выявлено. Подмышечные лимфоузлы не определяются.

Заключение: частично обызвествленная фибroadенома левой молочной железы. Специального наблюдения не требуется.

На маммограммах обеих желез пациентки 37 лет кожа не изменена, толщина ее равномерна на всем протяжении. Соски и ареолярная зона не деформированы. Определяется грубая крупнопетлистая деформация стромы с преимущественной локализацией в наружных квадрантах. Заполненных кист, узловых пролифератов не выявлено. В верхне-наружном квадранте правой молочной железы в отдельных кистах имеется скопление извести по типу «известкового молока». Аксиллярные лимфоузлы не определяются.

Заключение: кистозная мастопатия.

Рекомендована повторная маммография правой молочной железы через 6 мес.

При маммографии обеих желез пациентки 56 лет кожа и подкожная клетчатка не изменены. Соски деформированы. Определяются инволютивные изменения, соответствующие возрасту – в структуре преобладает жировой компонент. На этом фоне в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется участок выраженного фиброза с наличием пяти мелких кальцинатов правильной округлой формы. Признаков узлового образования нет. (В анамнезе травма 15 лет назад, гематома). Окружающие ткани не изменены. На аксиллярном снимке

лимфоузлы не визуализируются. Сосудистый рисунок симметричный в обеих железах.

Заключение: фиброзно-жировая инволюция

Показана повторная маммография через 6 мес.

Пациентка 34 лет с нарушениями менструального цикла по типу олигоаменореи. При клиническом обследовании молочных желез молозивные выделения из обоих сосков.

На маммограммах обеих желез кожа и подкожная клетчатка не изменены. Соски симметричны, без признаков втяжения. Отмечается умеренное фиброзирование стромы, повышение прозрачности за счет жировой трансформации. Узловых образований не обнаружено.

Заключение: фиброзно-жировая инволюция.

Показано: цитологическое исследование отделяемого из сосков, гормональное исследование на содержание пролактина в плазме крови. При высоких показателях уровня пролактина – консультация гинеколога, рентгенография черепа и области турецкого седла для исключения пролактиномы гипофиза.

Категория 3 – Поражение молочных желез неясного генеза

На рентгенограмме левой молочной железы изменений кожи и подкожной жировой клетчатки, сосков не выявлено. Определяется умеренное фиброзирование стромы. На границе нижних квадрантов определяется плотное образование зернистой структуры размеров 2,5x2,7 см. Контуры волнистые, резко очерченные за исключением небольшого нечетко контурированного участка по передней поверхности. Вокруг образования определяется зона просветления, однако проследить ее на всем протяжении не удается.

Заключение: фиброаденома левой молочной железы на границе нижних квадрантов.

Показаны УЗИ, пункционное цитологическое исследование.

На маммограммах – железы неравномерной плотности. Отмечается гиперплазии железистых структур, чередующаяся с пластообразными участками фиброза. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется участок повышенной неоднородной плотности, без четких границ. Кожа и подкожная клетчатка в этой зоне не изменены. Аксиллярные лимфоузлы не определяются.

Заключение: склерозирующий аденоз.

Рекомендована прицельная маммография.

На прицельном снимке микрокальцинаты не визуализируются. Четких данных о наличии опухолевого образования не получено.

Рекомендовано УЗ исследование с последующей пункцией и цитологическим исследованием.

На рентгенограммах обеих молочных желез определяется выраженная крупнопетлистая деформация стромы, умеренная гиперплазии железистой ткани. На этом фоне в верхне-внутреннем квадранте левой молочной железы определяется четко очерченное образование овоидной формы, гомогенной

консистенции, размером 2,2x3,0 см, расположенное вблизи поверхности железы. Часть образования хорошо контурируется за счет выпячивания в подкожный слой. Кожа над ним не изменена. В верхне-наружном квадранте правой молочной железы имеется участок уплотнения гроздевидной формы с хорошо прослеживаемыми наружными контурами в виде дуг различного диаметра. Размеры образования составляют 48x5,9 см, вокруг него прослеживается ободок просветления. Кожа и подкожная клетчатка в этой зоне не изменены. Аксиллярные лимфоузлы не определяются.

Заключение: заполненная киста в верхне-внутреннем квадранте левой молочной железы, многокамерная киста в верхне-наружном квадранте правой молочной железы.

Показано УЗ исследование, пункция, пневмокистография, цитологическое исследование.

На маммограммах отмечается перестройка структуры обеих молочных желез: увеличение железистых долек, местами слияние их в участки уплотнения неправильной формы, утолщение трабекул. На этом фоне в верхне-наружном квадранте левой молочной железы отмечаются разбросанные микрокальцинаты преимущественно округлой или овальной формы.

Заключение: склерозирующий аденоз узлового характера.

Показана игловая биопсия под контролем рентгеновского исследования.

На рентгенограммах левой молочной железы патологических изменений не выявлено, отмечаются нерезко выраженные явления фиброзно-жировой инволюции. На снимках правой молочной железы определяется неравномерное утолщение кожи, ее деформация в области послеоперационного рубца. Подкожножировая клетчатка в этой зоне деформирована, неравномерно расширена, детали ее строения нечеткие за счет отека. По ходу рубца вырисовывается уплотнение и отек тканей, визуализируются три шаровидных микрокальцината. Узловых пролифератов не обнаружено.

Заключение: послеоперационные изменения правой молочной железы.

Показан рентгеновский контроль через 6 мес.

Категория 4 – Подозрение на злокачественное поражение.

При маммографии определяется асимметрия структуры молочных желез: в верхне-наружном квадранте правой железы имеется деформация матричного рисунка, на фоне которого расположен участок уплотнения неправильной формы, с неровными очертаниями. Создается впечатление, что в центре затемнение имеет высокую интенсивность. Микрокальцинаты не установлены.

Заключение: для уточнения характера изменений рекомендовано: сцинтиграфия молочной железы с таллием или технецием – сесамиби и пункция. При отсутствии ответа – открытая биопсия.

При клиническом обследовании молочных желез из соска правой железы выделяется содержимое янтарного характера.

На маммограммах в левой молочной железе патологически изменений не обнаружено. В субареолярной области правой молочной железы выделяется тень расширенного молочного протока, к которой подходит полоса уплотнения из центральной части железы.

Ввиду подозрения на опухолевый рост рекомендуется цитологическое исследование отделяемого из соска, галактография, открытая биопсия.

При маммографии в левой железе определяется картина фиброзно-кистозной дисплазии. В нижне-наружном квадранте правой железы на этом фоне вырисовывается небольшое округлое образование с мелкими сгруппированными спикулами.

Показана: пункция с помощью цитогайта. При его отсутствии пункция под рентгеновским контролем или под УЗ наведением.

На маммограммах правой молочной железы через год после комбинированной терапии рака этой железы (экономная резекция и полихимиотерапия) четко вырисовываются тень рубца, втянутость и утолщение кожи, перестройка структуры железы в зоне рубца и мелкие отложения извести в зоне рубца. При сравнении с маммограммами, произведенными 6 мес. назад, отмечается увеличение участка уплотнения под рубцом и увеличение числа микрокальцинатов.

Рекомендуется биопсия.

Категория 5 – Злокачественная опухоль молочной железы.

На маммограммах в нижне-внутреннем квадранте левой железы определяется узловое образование с лучистыми контурами размером 1x1,5 см, с наличием сгруппированных микрокальцинатов, не поддающихся счету. От образования отходит небольшой тяж по направлению к коже. Кожа в этой зоне утолщена, несколько втянута, подкожно-жировой слой деформирован. На аксиллярном снимке лимфоузлы не видны.

Заключение: рак молочной железы.

Необходима пункция с последующим цитологическим исследованием (для подтверждения диагноза)

На маммограммах на фоне жировой инволюции на границе верхних квадрантов левой молочной железы, ближе к ее основанию, определяется округлой формы образование размером 0,7x0,8 см, контуры которого на всем протяжении четко проследить не удастся. На предыдущих рентгенограммах, произведенных 1 год назад, образование не отмечалось. На аксиллярных снимках лимфоузлы не выявлены.

Заключение: рак молочной железы.

Показана стереотаксическая биопсия.

На маммограммах на фоне фиброзно-жировой инволюции в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется образование размером 2,1x3,0 см, довольно четко контурированное по задней и внутренней границе. Однако имеется прорыв контура на ограниченном участке в области передней поверхности образования. Отмечается участок локального утолщения кожи в зоне узла. На аксиллярном снимке видны три лимфоузла (без жировых включений) в подмышечной области.

Заключение: рак правой молочной железы.

Показана пункция с цитологическим исследованием для подтверждения диагноза.

При маммографии у основания правой молочной железы в центре определяется плотное узловое образование с нечетким передним контуром. Задний отдел образования вывести не удается, лимфоузлы не визуализируются.

Заключение: рак правой молочной железы.

Для определения степени распространенности процесса рекомендована МР-томография.

У больной на протяжении последних 1,5 мес. имеются кровянистые выделения из левого соска (на 8 часах).

На обзорных маммограммах сосок и ареола не деформированы, на фоне плотной железистой ткани узловых образований не определяется. Лимфоузлы не визуализируются.

Проведена галактография. Субареолярный отдел протока расширен. В 1,5 см от основания соска определяется дефект заполнения с неровными контурами. Проксимальные стенки протока разрушены. Контрастное вещество распределяется в виде отдельных скоплений.

Заключение: внутрипротоковый рак.

На обзорных рентгенограммах правой молочной железы в ее верхне-наружном квадранте определяется четко очерченное гомогенное образование овоидной формы, окруженное ободком просветления на всем протяжении, размером 2,8х3,2 см.

Произведена пункция, аспирация содержимого, пневмокистография.

На пневмокистограммах на внутренней стенке кисты четко выделяется узловое образование небольших размеров, неправильной формы. Содержимое кисты удалено не полностью – сохраняется небольшое количество жидкости.

Заключение: внутрикистозный рак.».