

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Головний лікар ОКЗ СОКОД

_____ В. І. Конанихін
«_____» _____ 2015 р.

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КЛІНІЧНИЙ
МАРШРУТ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ
МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Нозологія – злоякісні новоутворення молочної залози
Код за МКХ-10 – С50.

Протокол розроблено на підставі наказу МОЗ України № 396 від 30.06.2015 р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози".

Протокол призначений для диспансерного відділення, онкохірургічного відділення № 1, онкохірургічного відділення № 2, хіміотерапевтичного відділення, відділення променевої терапії № 2, онкогінекологічного відділення, блоку дистанційної променевої терапії Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД)

Мета – надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим на рак молочної залози.

Відповідальний за виконання ЛПМД: зав. диспансерним відділенням, обласний мамолог Новицький І. М.

Дата складання протоколу – грудень 2015 р.

Дата перегляду протоколу – грудень 2018 р.

УКЛАДАЧІ:

Заступник головного лікаря з медичної частини Ващенко О. І.	
Зав. онкоторакальним відділенням, завідувач курсом онкології кафедри хірургії медичного інституту СумДУ к. м. н. Винниченко І. О.	
Зав. онкохірургічним відділенням №2, обласний онкохірург Солодченко М. І.	
Зав. диспансерним відділенням, обласний мамолог Новицький І. М.	
Зав. онкохірургічним відділенням №1 Панченко Д. В.	
Зав. хіміотерапевтичним відділенням Бондаренко Л. М.	
Обласний променевий терапевт Колпаков О. Є.	
Зав. онкогінекологічним відділенням, обласний онкогінеколог Шкурко С. К.	
Зав. патологоанатомічним відділенням Лукаш В. А.	

ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Загальний алгоритм діагностики (дослідження проводиться терміном до 5 днів).

Стандартний обсяг обстеження хворих на рак молочної залози в диспансерному відділенні згідно з клінічним маршрутом пацієнта:

Обов'язкові методи:

1. Фізикальне обстеження.
2. УЗД молочних залоз та регіонарних лімфовузлів (+мамографія при достатньому фінансуванні).
3. Рентгенографія ОГП у двох проекціях (виконується в ЗОЗ вторинного рівня), консультація рентгенограм , контроль при необхідності. При відсутності рентгенографії ОГП – обстеження проводиться в СОКОД.
4. УЗД органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого таза (при відсутності обстеження , контроль при необхідності).
5. Тонкоіглова біопсія з цитологічним дослідженням, цитологічне дослідження виділень із соска та з виразкових пухлин. За рішенням МОК (при плануванні неoad'ювантної терапії, протипоказаннях до хірургічного лікування) виконується трепан-біопсія з гістологічним та імуногістохімічним дослідженням.
6. Лабораторне обстеження (загальний аналіз крові та сечі, цукор крові, РМП ІС, Hbs-Ag, група крові та резус фактор, біохімічний аналіз крові, коагулограма, ПТІ, час згортання крові, аналіз калу на я/гельмінтів + опісторхорхоз. (при відсутності обстеження , контроль при необхідності)
7. Огляд гінеколога (при відсутності обстеження , контроль при необхідності).
8. ЕКГ, консультація терапевта (при відсутності обстеження , контроль при необхідності).
9. Проведення міждисциплінарного онкологічного консилиума (МОК). При необхідності консультація – онкогінеколога, анестезіолога, кардіолога, ендокринолога.

Додаткові методи:

1. КТ органів грудної порожнини, головного мозку, черевної порожнини, заочеревинного простору та малого таза з в/венним контрастуванням (при достатньому фінансуванні) у випадку підозри на занедбаний процес за результатами обстеження.
 2. Визначення рівня онкомаркера (СА 15.3)
- Виконавці: поліклінічні кабінети № 13, 14, відділення СОКОД.

Індикатори якості медичної допомоги в диспансерному відділенні.

Оцінка проводиться за наступними позиціями:

- Обстеження згідно стандартів(%).
- Відповідність лікувальних заходів згідно стандартів(%).
- Кількість ускладнень під час проведення діагностичних досліджень(%).
- Термін обстеження до госпіталізації(дні).

Стандартний обсяг обстеження хворих на рак молочної залози у відділеннях (дослідження проводиться у термін до 2х днів):

Обов'язкові методи:

1. Фізикальне обстеження.
2. Лабораторне дослідження – контроль та при неможливості обстеження в амбулаторних умовах за місцем проживання (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, цукор крові, група крові та резус фактор, РМП ІС, Hbs-Ag, ПТІ, час згортання крові).
3. ЕКГ, консультація терапевта.(при відсутності обстеження , контроль при необхідності).

4. Пункційна біопсія пухлини (тонкоголкова біопсія чи трепан-при плануванні неoad'ювантної терапії, протипоказаннях до хірургічного лікування) з гістологічним та імуногістохімічним дослідженням. (при неможливості амбулаторного проведення).

Додаткові методи:

1. Контрольні дослідження та консультації суміжних фахівців – за показаннями.
2. Визначення рівня онкомаркера СА 15-3 (до початку лікування).

Обстеження та лікування хворих у відділеннях СОКОД починається після отримання інформованої згоди пацієнта (ф. 003/0), спеціальне лікування при встановленому діагнозу проводиться по рішення МОК. Обов'язкове інформування пацієнтки з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та ускладненнями після лікування. Усі жінки з ранньою стадією інвазивного раку МЗ, які є кандидатами на органзберігаючу операцію (ОЗО), повинні бути проінформовані, щодо наслідків оперативного втручання, та їм має бути запропонований вибір між органзберігаючою операцією та радикальною мастектомією. При відмові від ОЗО має бути заповнена інформована відмова хворої від органзберігаючої операції, та свідомого вибору радикальної мастектомії.

Тонкоголкова аспіраційна біопсія проводиться до проведення МОК. При плануванні хіміопроменевого лікування, проводиться трепан-біопсія. Матеріал пункційної біопсії передається до цитологічної лабораторії, трепан-біопсії – до патологоанатомічного відділення протягом 30 хвилин після взяття матеріалу. Імуногістохімічне дослідження проводиться в одній із доступних на час обстеження лабораторій.

Індикатори якості медичної допомоги в стаціонарних відділеннях:

Оцінка проводиться за наступними позиціями:

- Лікування згідно стандартів(%).
- Кількість днів перебування у стаціонарі до початку спеціального лікування(дні).
- Кількість ускладнень під час проведення діагностичних досліджень та операційних втручань(%).
- Кількість днів перебування хворих на РМЗ у стаціонарі(%).
- Кількість днів до операції(дні).

Діагноз захворювання формується згідно Міжнародної системи стадіювання TNM, класифікації 6-го видання (UICC и AJCC, 2002 р)

Стадіювання та класифікація

T-первинна пухлина

Tx – Не досить даних для оцінки первинної пухлини

T0 – Первинна пухлина не визначається

Tis – Carcinoma in situ

Tis (DCIS) – Carcinoma in situ в протоках

Tis (LCIS) – Carcinoma in situ в часточках

Tis (Paget's) – Хвороба Педжета соска без ознак пухлини

Примітка: Якщо при хворобі Педжета визначається пухлина, то вона класифікується згідно з її розмірами.

T1 – Пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T1mic – Мікроінвазія не більше 0,1см у найбільшому вимірі

- T1a – Понад 0,1 см, але не більше 0,5см у найбільшому вимірі
- T1b – Понад 0,5 см, але не більше 1 см у найбільшому вимірі
- T1c – Понад 1см, але не більше 2 см у найбільшому вимірі
- T2 – Пухлина не більше 5 см у найбільшому вимірі
- T3 – Пухлина понад 5см у найбільшому вимірі
- T4 – Пухлина будь-яких розмірів з прямим поширенням на грудну стінку або шкіру
- T4a – 3 поширенням на грудну стінку
- T4b – 3 набряком (включаючи симптом «лимонної шкірки») або виразкою шкіри грудної залози або сателітними вузлами в шкірі тієї ж залози
- T4c – Критерії 4a та 4b разом
- T4d – Запальна форма раку

N-Регіонарні лімфатичні вузли

Регіонарними лімфовузлами є:

1. **Пахвові (гомолатеральні):** міжпекторальні лімфатичні вузли (Роттера) і лімфатичні вузли, розміщені вздовж пахової вени та її гілок. Вони поділяються на три рівні:
Рівень I – лімфатичні вузли, розміщені латерально від зовнішнього краю малого грудного м'яза;
Рівень II – лімфатичні вузли між зовнішнім і внутрішніми краями малого грудного м'яза, а також міжпекторальні лімфатичні вузли (Роттера);
Рівень III – лімфатичні вузли, розміщені медіально від внутрішнього краю малого грудного м'яза, включно з підключичними і верхівковими (апикальними) лімфатичними вузлами.
2. **Внутрішні грудні** (гомолатеральні): лімфатичні вузли, розміщені в міжреберних проміжках вздовж краю грудини у внутрішньогрудній фасції.
3. **Надключичні:** лімфатичні вузли у надключичній ямці, яка є трикутником між лопатково-під'язиковим м'язом і сухожиллям (латеральна і верхня межа), внутрішньою яремною веною (медіальна межа) і ключицею з підключичиною веною (нижня межа). Лімфатичні вузли поза цим трикутником вважаються нижніми шийними вузлами (M1).

Nx – Недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфовузлів

N0 – Немає ознак метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 – Метастаз(и) у рухомих пахових лімфатичних вузлах на стороні ураження

N2 – Метастази у пахових лімфатичних вузлах з боку ураження, фіксовані поміж собою чи з навколишніми структурами, або в клінічно видимих* гомолатеральних внутрішньогрудних вузлах за відсутності клінічно доведених метастазів у пахових лімфатичних вузлах

N2a – Метастази у пахових лімфатичних вузлах з боку ураження, фіксовані поміж собою або з навколишніми структурами

N2b – Метастази в клінічно видимі* гомолатеральні внутрішні грудні вузли за відсутності клінічно доведених метастазів у пахових лімфатичних вузлах

N3 – Метастаз(и) в гомолатеральний лімфатичний вузол (вузли) із ураженням пахових лімфатичних вузлів або без нього, або клінічно видимі* гомолатеральні внутрішні грудні вузли при клінічно доведених метастазах у пахових лімфовузлах; або метастаз(и) із ураженням пахових лімфатичних вузлів або без нього

N3a – Метастаз(и) в підключичний гомолатеральний лімфатичний вузол (вузли)

N3b – Метастаз(и) у гомолатеральний внутрішній грудний вузол (вузли)

N3c – Метастаз(и) у гомолатеральний надключичний вузол (вузли)

* – Клінічна видимість передбачає визначення за допомогою методів візуалізації (за винятком лімфосцинтиграфії) або при клінічному огляді чи крупні утвори при гістологічному дослідженні.

M - Віддалені метастази

Mx – Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 – Віддалені метастази не визначаються

M1 – Виявляються віддалені метастази

G – Гістопатологічна градація

GX - Ступінь диференціації не може бути визначений

G1 – Високий ступінь диференціації

G2 – Середній ступінь диференціації

G3 – Низький ступінь диференціації

G4 – Недиференційована пухлина

Заключення гістолога при дослідженні післяопераційного матеріалу формується згідно критеріїв pTNM, та категорії G. Обов'язковим є дослідження не менше ніж 10 вилучених регіонарних лімфатичних вузлів, визначення лікувального патоморфозу, перитуморальної інвазії судин, визначення чистоти меж резекції при ОЗО.

Таблиця 1. ГРУПУВАННЯ РМЗ ЗА СТАДІЯМИ згідно Міжнародної системи стадіювання TNM, класифікації 6-го видання (UICC и AJCC, 2002 р)

СТАДІЯ O	TIS	NO	MO
СТАДІЯ I	T1	NO	MO
СТАДІЯ IIА	T0	N1	MO
	T1	N1	MO
	T2	N0	MO
СТАДІЯ IIВ	T2	N1	MO
	T3	N0	MO
СТАДІЯ IIIА	T0	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	N1, N2	MO
СТАДІЯ IIIВ	T4	N0, N1, N2	MO
СТАДІЯ IIIС	Будь яке T	N3	MO
СТАДІЯ IV	Будь яке T	Будь яке N	M1

Алгоритм лікування у відділеннях СОКОД. Лікування пацієнта починається після отримання інформованої згоди пацієнта. Вибір методу лікування РМЗ визначається стадією захворювання, клінічною формою пухлини, віком та загальним станом хворої, а також додатковими даними, які характеризують окремі властивості пухлини і організму хворої. Перед призначенням лікування обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу і максимально точно визначення стадії захворювання. Тактика і стратегія лікування визначається після комісійного огляду спеціалістів (міждисциплінарний онкологічний консиліум) – онколога-хірурга, променевого терапевта, хіміотерапевта. Змінатактики лікування можлива лише за рішенням повторного консиліума трьох спеціалістів. У лікуванні раку молочної залози залежно від стадії захворювання, наявності супутньої патології, віку і тяжкості стану пацієнтки застосовують усі відомі в онкології методи: хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний та їх різні комбінації у поєднанні з гормональною терапією та іншими лікувальними засобами. Комбіноване та комплексне лікування раку молочної залози здійснюється с позиції біологічної етики в інтересах хворої за принципами раціональної радикальності та органосбереження для створення умов повноцінної реабілітації. Рак молочної залози у вагітної є показанням для направлення пацієнтки для консультації в Національний інститут

раку. Тактика лікування рецидивного та метастатичного РМЗ визначається для кожної пацієнтки індивідуально з урахуванням факторів ризику, ІГХ-статусу, клінічних рекомендацій ESMO.

Таблиця 2.1 Схеми стандартного лікування хворих на РМЗ

Стадії захворювання	Обсяг стандартного лікування
Стадія I (T1N0M0)	<p>1. Комплексне лікування:</p> <p>а) органзберігаюча операція (ОЗО) з визначенням чистоти меж резекції та біопсія сторожового ЛВ (або квадрантектомія з визначенням чистоти меж резекції та регіонарною лімфодисекцією);</p> <p>б) післяопераційна променева терапія на молочну залозу після ОЗО;</p> <p>в) ад'ювантна хіміотерапія (4-6 курсів) при наявності факторів поганого прогнозу (з урахуванням імуногістохімічного дослідження (ІГХД));</p> <p>г) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>2. Комплексне лікування:</p> <p>а) мастектомія - при протипоказаннях до ОЗО, центральній локалізації пухлини, мультицентричній пухлині, відмові хворої від ОЗО. (за можливості підшкірна мастектомія з одномоментним ендопротезуванням, або при плануванні в подальшому реконструктивно - відновної операції);</p> <p>б) хіміотерапія при наявності факторів поганого прогнозу (з урахуванням ІГХД);</p> <p>в) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>3. Комплексне лікування:</p> <p>а) променева терапія (ПТ) за радикальною програмою при протипоказаннях до операції, відмові хворої від операції;</p> <p>б) хіміотерапія при наявності факторів поганого прогнозу (з урахуванням ІГХД) 4-6 курсів;</p> <p>в) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
Стадія ІА (T1N1M0, T2N0M0)	<p>1. Комплексне лікування (при розмірах пухлини до 3 см):</p> <p>а) ОЗО з визначенням чистоти меж резекції (з урахуванням розміру молочної залози) та регіонарна лімфодисекція, при N0C1-2 – можлива біопсія сторожового ЛВ;</p> <p>б) післяопераційна ПТ на молочну залозу після ОЗО та на регіонарні зони при N1;</p> <p>в) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД);</p> <p>г) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>2. Комплексне лікування (при розмірах пухлини 3 см та більше):</p> <p>а) неоад'ювантна поліхіміотерапія (НПХТ) при наявності факторів поганого прогнозу (з урахуванням ІГХД) та при плануванні ОЗО (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ);</p> <p>б) хірургічне лікування :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ОЗО (при досягненні часткової або повної регресії) із визначенням чистоти меж резекції та регіонарна лімфодисекція; – мастектомія при неможливості виконання ОЗО; - одночасна підшкірна мастектомія з ендопротезуванням;

	<p>– підшкірна мастектомія при плануванні в подальшому реконструктивно - відновної операції;</p> <p>в) післяопераційна ПТ на молочну залозу після ОЗО та на регіонарні зони при N1;</p> <p>г) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>3. Комплексне лікування. (при центральній локалізації пухлини, мультицентричній пухлині, відмові хворої від НПХТ, відмові від ОЗО):</p> <p>а) радикальна мастектомія;</p> <p>б) післяопераційна ПТ;</p> <p>г) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД, факторів поганого прогнозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
<p>Стадія ІІБ (T2N1M0, T3N0M0)</p>	<p>1. Комплексне лікування:</p> <p>а) неоад'ювантна ПХТ 4- 6 курсів (з урахуванням ІГХД), кількість циклів – за даними регресії пухлини (аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ). При прогресуванні чи стабілізації – зміна схеми ПХТ, або ПТ за радикальною програмою, або радикальна операція;</p> <p>б) хірургічне лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ОЗО з визначенням чистоти меж резекції та регіонарна лімфодисекція (при досягненні часткової або повної регресії пухлини); – мастектомія при неможливості виконання ОЗО; - одночасна підшкірна мастектомія з ендопротезуванням; – підшкірна мастектомія при плануванні в подальшому реконструктивно - відновної операції; <p>в) післяопераційна ПТ;</p> <p>г) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>2. Комплексне лікування:</p> <p>а) НПХТ (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ);</p> <p>б) передопераційна ПТ (повний курс) — при прогресуванні;</p> <p>в) хірургічне лікування — мастектомія після ПТ;</p> <p>г) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>3. Комплексне лікування. (при центральній локалізації пухлини, мультицентричній пухлині, неможливості виконати ОЗО, протипоказаннях до НПХТ, відмові хворої від НПХТ, відмові від ОЗО):</p> <p>а) радикальна мастектомія;</p> <p>б) післяопераційна ПТ;</p> <p>в) АПХТ (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
	<p>4. комплексне лікування. (при протипоказаннях до хірургічного лікування, відмові хворої від хірургічного лікування):</p> <p>а) променева терапія за радикальною програмою;</p> <p>б) ПХТ з урахуванням ІГХД;</p> <p>в) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
<p>Стадія ІІА (T0-3 N2M0, T3N1M0)</p>	<p>1. Комплексне лікування:</p> <p>а) НПХТ (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ);</p> <p>б) хірургічне лікування – мастектомія при досягненні стабілізації процесу.</p>

	<p>Можлива ОЗО з визначенням чистоти меж резекції та регіонарна лімфодисекція при досягненні часткової або повної регресії пухлини або виконання одночасної підшкірної мастектомії з ендопротезуванням, або при плануванні в подальшому реконструктивно - відновної операції;</p> <p>в) післяопераційна променева терапія;</p> <p>г) АПХТ (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу)</p> <p>д) гормонотерапія при гормончутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p> <p>2. Комплексне лікування:</p> <p>а) НПХТ(кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ);</p> <p>б) передопераційна ПТ(повний курс) при прогресуванні процесу або при наявності протипоказань до хіміотерапії в якості неoad'ювантної терапії;</p> <p>в) хірургічне лікування – мастектомія;</p> <p>г) АПХТ (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормончутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
<p>Стадія ІІІБ (T4N0-2M0)</p>	<p>Комплексне лікування:</p> <p>а) НПХТ – системна або внутрішньоартеріальна (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ)</p> <p>б) хірургічне лікування (при досягненні позитивної відповіді пухлини) – мастектомія;</p> <p>в) післяопераційна променева терапія;</p> <p>г) АПХТ (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p> <p>2. Комплексне лікування (при загрозі розпаду пухлини):</p> <p>а) хірургічне лікування – мастектомія;</p> <p>б) хіміотерапія (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>в) післяопераційна променева терапія;</p> <p>г) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку)</p> <p>3. Комплексне лікування:</p> <p>а) НПХТ - системна або внутрішньоартеріальна (кількість циклів – за даними регресії пухлини за критеріями RECIST*)</p> <p>б) передопераційна ПТ (повний курс) при стабілізації чи прогресуванні процесу або як І етап лікування при наявності протипоказань до хіміотерапії;</p> <p>в) хірургічне лікування — мастектомія;</p> <p>г) ад'ювантна хіміотерапія (з урахуванням ІГХД та лікувального патоморфозу);</p> <p>д)гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p> <p>4. Комплексне лікування:</p> <p>а)поліхіміотерапія системна або внутрішньоартеріальна (кількість циклів – за даними регресії пухлини за критеріями RECIST*);</p> <p>б) променева терапія (повний курс) при набряково-інфільтративній формі або при протипоказаннях до операції;</p> <p>в) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>
<p>Стадія ІV</p>	<p>1. Комплексне лікування:</p> <p>а)поліхіміотерапія (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ);</p> <p>б) паліативна променева терапія;</p> <p>в) циторедуктивне хірургічне лікування при показаннях;</p> <p>г) бісфосфонатна терапія при кісткових метастазах за показаннями;</p> <p>д) гормонотерапія при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).</p>

Таблиця 2.2 Стандарти лікування раку молочної залози у чоловіків

Стадії захворювання	Обсяг стандартного лікування
Стадія 0 TisN0M0	1. Хірургічне лікування – радикальна мастектомія.
Стадія I T1N0M0	1. Комплексне лікування: а) радикальна мастектомія; б) АПХТ (6 курсів при факторах поганого прогнозу*); в) гормонотерапія при гормончутливій пухлині.
Стадія ІА (T1N1M0, T2N0M0) та Стадія ІБ (T2N1M0, T3N0M0)	1. Комплексне лікування: а) радикальна мастектомія; б) АПХТ (6 курсів при факторах поганого прогнозу*); в) післяопераційна променева терапія за стандартами; г) гормонотерапія при гормончутливій пухлині. 2. Комплексне лікування у випадку неоперабельності/сумнівного радикалізму оперативного лікування: а) НПХТ(кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ); б) променева терапія за радикальною програмою у випадку відсутності відповіді на НПХТ; в) радикальна мастектомія; г) ад'ювантна поліхіміотерапія з урахуванням лікувального патоморфозу та ІГХД; д) променева терапія за радикальною програмою, якщо не була застосована перед оперативним лікуванням; е) гормонотерапія при гормончутливій пухлині. 3. Комбіноване лікування у випадку протипоказів до оперативного лікування: а) хіміотерапія; б) променева терапія за радикальною програмою; в) гормонотерапія при гормончутливій пухлині.
Стадія ІІА (T0N2M0, T1N2M0 T2N2M0 T3N1-2M0) та Стадія ІІБ (T4 будь-яке NM0, будь- якеTN3M0)	1. Комплексне лікування а) НПХТ(кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ); б) променева терапія за радикальною програмою у випадку відсутності відповіді на НПХТ; в) радикальна мастектомія з оцінкою лікувального патоморфозу; г) променева терапія за радикальною програмою, якщо не була застосована перед оперативним лікуванням; д) АПХТ з урахуванням лікувального патоморфозу та ІГХД; е) гормонотерапія при гормончутливій пухлині. 2. Комплексне лікування: а) променева терапія за радикальною програмою; б) радикальна мастектомія; в) АПХТ з урахуванням лікувального патоморфозу та ІГХД; д) гормонотерапія при гормончутливій пухлині.
Стадія ІV	1. Комплексне лікування: а) поліхіміотерапія (кількість циклів – за даними регресії пухлини, аналіз відповіді за критеріями RECIST* після кожних 2х курсів ПХТ) ; б) паліативна променева терапія; в) циторедуктивне хірургічне лікування при показаннях; г) бісфосфонатна терапія при кісткових метастазах за показаннями; д) гормонотерапія при гормончутливих пухлинах (з урахуванням ІГХД та віку).

В цій таблиці відмічається послідовність оперативного, променевого та медикаментозного (хіміотерапія, гормонотерапія) лікування (без уточнення сумарної дози опромінення та фракціонування, конкретних схем, режимів та доз хіміотерапії).

Таблиця 3. Перелік оперативних втручань при РМЗ

Вид операції		Стадії	Особливості
Основний перелік оперативних втручань	<p>1. ОЗО з біопсією сторожового лімфовузла та визначенням чистоти меж резекції.</p> <p>2. ОЗО з регіонарною лімфодисекцією та визначенням чистоти меж резекції.</p> <p>3. При локалізації пухлини в центральному квадранті, мультицентричному рості пухлини — радикальна мастектомія, можливе виконання одночасної підшкірної мастектомії з ендопротезуванням та при плануванні в подальшому реконструктивної операції.</p> <p>- При локалізації пухлини у внутрішніх квадрантах — різноблочна операція - квадрантектomia з лімфодисекцією та визначенням чистоти меж резекції:</p>	I. IIa, IIb, IIIa	Проведення ОЗО показане при початкових стадіях та після ефективної неоад'ювантної хіміотерапії при досягненні повної або часткової регресії пухлини та метастазів в лімфатичних вузлах (при II-IIIa ст.)
	<p>- Мастектомія за Маденом</p> <p>- Мастектомія за Пейті</p>	I, II a, IIb, IIIa	При мультицентричному рості пухлини, малих розмірах грудної залози, коли виконання ОЗ операції протипоказано, коли неоад'ювантна хіміотерапія неефективна або протипоказана.
	- Мастектомія за Пейті	IIIa, IIIb	При мультицентричному рості пухлини, малих розмірах грудної залози, коли виконання ОЗО протипоказано, коли неоад'ювантна хіміотерапія неефективна або протипоказана, коли спаяні між собою або фіксовані пахвові, підключичні лімфатичні вузли, коли є підростання метастатично уражених лімфатичних вузлів до малого грудного м'язу, або є технічні труднощі при виконанні регіонарної лімфодисекції.

	- Мастектомія за Холстедом	Шб,	При фіксації або проростанні пухлиною фасції чи самого великого грудного м'язу.
	- Проста мастектомія	IV ст	Як циторедуктивна операція, санаційна.
	- Катетеризація артерій для виконання внутрішньоартеріальної селективної хіміотерапії.	Шб, IV	Використовується як самостійне оперативне втручання при Шб, IV стадіях.
	- Одночасна підшкірна мастектомія з ендопротезуванням	I, II а, II б, III а	При мультицентричному рості пухлини, малих розмірах МЗ, коли виконання органзберігаючої операції протипоказане. (при достатньому матеріальному забезпеченні).
	Мастектомія з одномоментною реконструкцією TRAM лоскутом		При мультицентричному рості пухлини, малих розмірах МЗ, коли виконання ОЗО протипоказане, коли пухлина локалізується в центральному квадранті, при мультицентричному рості пухлини та ураженні соска МЗ.
	Мастектомія з одномоментною реконструкцією ТДЛ лоскутом	II, III ст..	При мультицентричному рості пухлини, малих розмірах МЗ, коли виконання ОЗ операції протипоказано
	Лапароскопічна оваріоектомія (можлива конверсія при показаннях)	I – III ст.	при гормоночутливих пухлинах (з урахуванням ПХД та віку), після консилиума.

Системна поліхіміотерапія та гормонотерапія проводиться в хіміотерапевтичному відділенні, денному стаціонарі, онкохірургічних відділеннях № 1 та № 2, внутрішньоартеріальна селективна поліхіміотерапія проводиться тільки в онкохірургічних відділеннях № 1 та № 2. Гормонотерапія проводиться в амбулаторних умовах за стандартними схемами. Лапароскопічна оваріоектомія проводиться в онкогінекологічному відділенні.

Таблиця № 4. Схеми медикаментозного лікування при РV3 (хіміотерапія, гормонотерапія).

	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування	СМФ циклофосфамід -600 мг/м ² - 1, 8 дні, метотрексат - 40 мг/м ² - 1, 8 дні флуороурацил - 600 мг/м ² - 1, 8 дні	Інтервал між курсами 21 день, до 6 курсів.
	ФАС: циклофосфамід - 500 мг/м ² - 1 день доксорубіцин - 50 мг/м ² - 1 день флуороурацил - 500 мг/м ² -1, 8дні	Інтервал між курсами 21 день При неоад'ювантному лікуванні після 2-х курсів хіміотерапії – аналіз відповіді пухлини за критеріями RECIST*;
	АС <ul style="list-style-type: none"> • доксорубіцин – 60 мг/м² 1 день • циклофосфамід – 600 мг/м² 1 день 	Інтервал між курсами 21 день При неоад'ювантному лікуванні після 2-х курсів хіміотерапії – аналіз відповіді пухлини за критеріями RECIST*; Ад'ювантно 4 курси.
Схеми лікування, що містять Паклітаксел		
	Р Паклітаксел 175-200 мг/м ² в/в, 1 день	Інтервал між курсами 21 день; Паклітаксел вводиться 3-х годинною або 24 годинною інфузією;
	PD Доксорубіцин 50-60 мг/м ² в/в, 1 день; Паклітаксел 175-200 мг/м ² в/в, 1 день.	Інтервал між курсами 21 день; Паклітаксел вводиться 3-х годинною або 24 годинною інфузією; Застосовується супутня терапія колонієстимулюючим фактором (за показаннями)
Схеми лікування, що містять Доцетаксел		
	D Доцетаксел 60-100 мг/м ² в/в, 1 день.	Інфузія проводиться 1 годину, кожні 3 тижні
	DC Доцетаксел 75 мг/м ² в/в, 1 день; Циклофосфамід – 600 мг/м ² в/в, 1 день.	Інтервал між курсами 21 день, ад'ювантно 4 курси
	DD Доксорубіцин 50-60 мг/м ² в/в, 1 день; Доцетаксел 75 мг/м ² в/в, 1 день.	Інтервал між курсами 21 день, до 8 курсів; Доксорубіцин вводиться протягом 15 хв. інфузії, доцетаксел вводиться на протязі 1-годинної інфузії.
	TAC Доксорубіцин 50 мг/м ² в/в, 1 день; Циклофосфамід – 500 мг/м ² в/в, 1 день; Доцетаксел 75 мг/м ² в/в, 1 день.	Інтервал між курсами 21 день, ад'ювантно 6 курси. Доксорубіцин вводиться протягом 15 хв. інфузії, після

		введення циклофосфаміду робиться перерва на 1 годину, після чого вводять доцетаксел на протязі 1-годинної інфузії.
	DCap Доцетаксел 75 мг/м ² в/в, 1 день; Капецитабін 1000 або 1250 мг/м ² , двічі на день, перорально, 1-14 дні.	Кожні 3 тижні. Інфузія проводиться протягом 1 години.
Схеми лікування, що містять Гемцитабін		
	G Гемцитабін 1250 мг/м ² в/в 1, 8 дні.	Інфузія протягом 30 хв. Кожні 3 тижні.
	GP Гемцитабін 1250 мг/м ² в/в, 1, 8 дні; Паклітаксел 175 мг/м ² в/в, 1 день.	Інфузія протягом 30 хв. Інфузія протягом 3 годин Вводять кожні 3 тижні.
	DG Гемцитабін 1000 мг/м ² в/в 1, 8 дні; Доцетаксел 75 мг/м ² в/в, 1 день.	Інфузія протягом 30 хв. Інфузія протягом 1 години Вводять кожні 3 тижні. Рекомендується для лікування хворих метастатичним РГЗ, які попередньо отримували антрацикліни.
Схеми лікування, що містять Вінорельбін		
	V Вінорельбін 25 мг/м ² в/в, 1 день або Вінорельбін 30 мг/м ² в/в, 1 день	Вводять кожного тижня до 16 тижнів Вводять кожного тижня, після 13 тижнів вводять кожні 2 тижні до прогресування процесу
	VG Вінорельбін 25-30 мг/м ² в/в, 1, 8 день; Гемцитабін 1000 або 1200 мг/м ² в/в 1, 8 дні	Кожні 3 тижні до 6 курсів.
Схеми лікування, що містять Капецитабін		
	Cap Капецитабін 1000 або 1250 мг/м ² , двічі на день, перорально 1-14 дні або Капецитабін 650 мг/м ² , двічі на день, перорально 1-21 дні	Кожні 3 тижні Кожні 3 тижні
Схеми лікування на основі таргетної терапії		
	Трастузумаб - 4 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 2 мг/кг в/в 30 хв інфузія.	Початкова доза 4 мг/кг, наступні введення по 2 мг/кг щотижня, або 8 мг/кг з наступним введенням 6 мг/кг кожних 3 тижні.
	Трастузумаб - 8 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 6 мг/кг в/в 90 хв інфузія	День перший, початкова доза 8 мг/кг, наступні введення по 6 мг/кг, кожні 3 тижні.
	TD Трастузумаб - 4 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 2 мг/кг в/в 30 хв інфузія.	1 День початкова доза 4 мг/кг, наступні введення по 2 мг/кг щотижнево, або 8 мг/кг з наступним введенням 6 мг/кг кожних

	Доцетаксел 100 мг/м ² в/в, 1 день.	3 тижні. Доцетаксел вводиться протягом 1 год., кожні 3 тижні
	ТР Трастузумаб - 4 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 2 мг/кг в/в 30 хв інфузія. Паклітаксел 175 мг/м ² в/в 2 день.	1 День початкова доза 4 мг/кг, наступні введення по 2 мг/кг щотижнево, або 8 мг/кг з наступним введенням 6 мг/кг кожних 3 тижні. Паклітаксел вводять кожні 3 тижні до 6 курсів.
	ТС Трастузумаб -6 мг/кг в/в 30 хв інфузія, 1 день; Капецитабін 1250 мг/м ² , двічі на день, перорально 1-14 дні.	Кожні 3 тижні, до прогресування процесу або вираженої токсичності, або 8 мг/кг з наступним введенням 6 мг/кг кожних 3 тижні.
	РВ Паклітаксел 90 мг/м ² в/в, 1, 8, 15 дні; Бевацизумаб 10 мг/кг 1, 15 день	Внутрішньовенно; Внутрішньовенна інфузія бевацизумаба від 30 до 90 хв. Повторне введення кожні 4 тижні до прогресування процесу або вираженої токсичності
	При наявності метастатичного ураження кісток скелету внутрішньовенно застосовують «Інгібітори резорбції кісткової тканини» (бісфосфонати): Золедронова кислота 4 мг в/в (15 хв введення); Памідронова кислота 90 мг в/в протягом 2-4 годинної інфузії; Ібандронова кислота 6 мг в/в протягом 60 хвилин. Можливий пероральний прийом Ібандронової кислоти (50 мг) або Клодроновної кислоти (400 мг).	Бісфосфонати вводять в/в кожні 4 тижні.
Додатковий перелік схем (використовуються при достатньому матеріально-технічному забезпеченні)	ЕС Епірубіцин – 75 мг або 90 мг або 120 мг/м ² 1 день; Циклофосфамід – 600 мг/м ² 1 день;	Інтервал між курсами 21 день (або кожні 2 тижні із застосуванням колоніє-стимулюючого фактору на 2 день) При неoad'ювантному лікуванні після 2-х курсів хіміотерапії – аналіз відповіді пухлини за критеріями RECIST*
	ФЕС Флуороурацил -500-600 мг/м ² 1 день; Епірубіцин – 50-100 мг/м ² 1 день; Циклофосфамід – 500-600 мг/м ² 1 день	Інтервал між курсами 21 день (або кожні 2 тижні із застосуванням колоніє-стимулюючого фактору) При неoad'ювантному лікуванні після 2-х курсів хіміотерапії – аналіз відповіді пухлини за критеріями RECIST*
	Лапатиніб - 1250 мг перорально кожного дня; Капецитабін	Лікування Капецитабіном проводять кожні 3 тижня.

	- 1000 мг/м2 двічі на день перорально 1-14 дні.	
	Лапатиніб - 1000 мг перорально кожного дня; Трастузумаб - 4 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 1 день; - 2 мг/кг в/в 30 хв інфузія.	Початкова доза 4 мг/кг, наступні введення по 2 мг/кг щотижня.
	Еверолімус 10 мг перорально щоденно; Екземестан 25 мг перорально щоденно	Застосовують допрогресування хвороби або вираженої токсичності.
	Трастузумаб емтансін - 3,6 мг/кг, в/в 1 день.	Підшкірно вводять препарат протягом 5 хвилин. Кожні 3 тижні до 4 ку
	Пертузумаб початкова доза 840 мг в/в 60 хв інфузія в 1 день курсу, потім через 3 тижні по 420 мг в/в 30-60 хв. інфузія кожні 3 тижні; Трастузумаб - 8 мг/кг в/в 90 хв інфузія, 2 день; - 6 мг/кг в/в 90 хв інфузія.	Кожні 3 тижні.
	Пертузумаб початкова доза 840 мг в/в 60 хв інфузія в 1 день курсу, потім через 3 тижні по 420 мг в/в 30-60 хв. інфузія кожні 3 тижні; Доцетаксел 75 мг/м2 в/в, 2 день	Кожні 3 тижні. Доцетаксел вводять до 6 курсів
	Ад'ювантна ГТ при гормоночутливих пухлинах Репродуктивний вік; : аблятивна гормонотерапія – агоністи релізінг фактору лютеїнізуючого гормону (РФЛГ) Пременопауза: аблятивна гормонотерапія – агоністи релізінг фактору лютеїнізуючого гормону (РФ ЛГ) + антиестрогени Постменопауза: антиестрогени або інгібітори ароматази	Кожних 4 тижня до 2 років До 2 років 2-5 років
	Бісфосфонати при наявності кісткових mts	Тривалий період

Протипоказання до медикаментозного лікування:

- Стан за шкалою ECOG 4 бали.
- Тяжкий стан хворого внаслідок декомпенсованих порушень функції печінки, нирок, ендокринних залоз.
- Стійка лейкопенія, агранулоцитоз, анемія вище 2 ст., тромбоцитопенія.
- Інфекція.

Таблиця 5.* Відповідь на терапію у хворих на РМЗ згідно критеріям RECIST

Категорія відповіді на терапію	Критерії RECIST
Повна регресія (ПР)	Повне зникнення всіх ознак та симптомів захворювання
Часткова регресія (ЧР)	Зменшення загального розміру пухлини на 30% чи більше відповідно найдовшого поперечного діаметру ділянок ураження, що визначалась з метою оцінки ефективності терапії.
Стабілізація (СЗ)	Розмір пухлини без змін, або зменшення загального розміру пухлини менше ніж на 20% чи та більше ніж на 30% відповідно найдовшого поперечного діаметру ділянок ураження, що

	визначалась з метою оцінки ефективності терапії.
Прогресування (ПЗ)	Ураження нових або збільшення більше ніж на 20% старих вогнищ ураження

Променева терапія хворим на РГЗ проводиться після ОЗО на саму молочну залозу та на шляхи регіонарного лімфовідтоку при N+. Лікування проводиться стаціонарно у відділенні променевої терапії № 2, онкохірургічних відділеннях № 1 та № 2, амбулаторнов блоці променевої терапії під наглядом лікарів цих відділень.

Таблиця № 6. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони	Особливості
Доопераційна променева терапія	1. Молочна залоза (РВД 2 Гр, СВД 40-46 Гр) Пахвові лімфатичні вузли (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр) Парастернальна та надключична області (РВД 2 Гр, СВД 40-46 Гр).	1. Комплексне лікування ПБ-ШБ ст. Контроль показників загального аналізу крові: гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів 1 раз на тиждень.
Післяоперацій на променева терапія після радикальних операцій	1. Молочна залоза (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), ложе пухлини (у випадку маркування ложа пухлини під час операції) (РВД 2 Гр, до СВД 40-46 Гр), або на ЛПЕ (лін. прискор. електр.) на молочну залозу 50+16 Гр, пахвова область (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), парастернальна та надключична області (РВД 2 Гр, СВД 40-46 Гр). 2. Молочна залоза (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), абопісля мастектомії післяопераційний рубець (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), пахвинна область (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), парастернальна (у випадку локалізації пухлини у внутрішньому квадранті грудної залози) та надключична області (РВД 2 Гр, СВД 40-45 Гр). 3. Опромінення ложа видаленої молочної залози (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), пахвова область (РВД 2 Гр, СВД 40 Гр), парастернальна (у випадку локалізації пухлини у внутрішньому квадранті грудної залози) та надключична області (РВД 2 Гр, СВД 40-46 Гр).	Комплексне лікування І-ШБ ст. у випадку ОЗО парастернальна область опромінюється у випадку локалізації пухлини у внутрішньому квадранті грудної залози. Контроль показників загального аналізу крові: гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів 1 раз на тиждень.
Післяоперацій на променева терапія після паліативних операцій	Паліативна променева терапія РВД = 2 Гр, СОД = 40-46 Гр на рубець і всі шляхи лімфовідтоку.	Стадія ІV Контроль показників загального аналізу крові: гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів 1 раз на тиждень.
Самостійна променева терапія	При протипоказаннях до операції променева терапія за радикальною програмою: І етап РВД = 2 Гр, СВД = 40 Гр на молочну залозу та шляхи лімфовідтоку. ІІ етап РВД = 2 Гр, СВД = до 60 Гр на пухлину локально (сумарно) з урахуванням першого етапу. Променеву терапію доцільно проводити на фоні хіміорадіомодифікаторів – фторпіримідинів.	Стадія І-ІІІ Контроль показників загального аналізу крові: гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів 1 раз на тиждень.

Променева терапія в схемах хіміо-променевого лікування	При протипоказаннях до операції променева терапія за радикальною програмою після курсів ПХТ: I етап РВД = 2-2,5 Гр, СВД = 40-45 Гр на грудну залозу і шляхи лімфовідтоку. Двотижнева перерва, коли проводять II курс ПХТ II етап РВД = 2-2,5 Гр, СВД = 60-65 Гр на пухлину з урахуванням I етапу із зменшенням поля опромінення. На зони регіонарного метастазування 40-45 Гр.	Стадія II-III Контроль показників загального аналізу крові: гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів 1 раз на тиждень.
--	---	---

Протипоказання до променевого лікування:

Стан за шкалою ECOG 4 бали.

- відсутність морфологічного підтвердження діагнозу;
- розпад пухлини з масивною кровотечею;
- загальні протипоказання до променевої терапії.

Алгоритм виписки із стаціонару

- Завершення обсягу запланованого лікування, (можливе амбулаторне лікування)
- Відсутність ускладнень тяжкого ступеня.
- Надання рекомендацій.
- Оформлення виписки.

Надання рекомендацій та оформлення виписки складається з урахуванням прогностичних факторів ризику розвитку рецидиву та прогресування РМЗ.

Індикатори якості медичної допомоги

Оцінка проводиться за наступними позиціями:

- Відповідність лікувальних заходів згідно стандартів.
- Кількість днів перебування у стаціонарі до початку спеціального лікування.
- Кількість ускладнень від операційних втручань.
- Кількість ускладнень в післяопераційному періоді.
- Кількість днів перебування хворих на РМЗ у стаціонарі

Таблиця 7. Критерії визначення груп ризику хворих на РМЗ

(рекомендації ESMO)

Категорія ризику	Ознаки
Низький ризик	Відсутність метастазів у лімфовузлах та наступні ознаки - $pT \leq 2$ см - ступінь диференціювання G1 - відсутність перитуморальної інвазії судин - RE+, RP+ - відсутність гіперекспресії/ампліфікації гена HER2/neu - вік ≥ 35 років - відсутній або низький K67
Проміжний ризик	Відсутність метастазів у лімфовузлах і хоча б одна з вказаних далі ознак: - $pT > 2$ см - ступінь диференціювання G2 – 3 - наявність перитуморальної інвазії судин

	-гіперекспресії/ампліфікації гена HER2/neu або K67 - RE-, RP- - вік ≤35 років - метастази в 1-3 лімфовузлах при RE+, RP+, HER2/neu (-) +
Високий ризик	Метастази в 1-3 лімфовузлах при RE-, RP- - гіперекспресія/ампліфікація гена HER2/neu та K67 Метастази в 4 і більше лімфовузлах

Алгоритм реабілітації

Лікувально-профілактичні засоби, спрямовані на усунення та профілактику лімфостазів та контрактур плечових суглобів в перервах між курсами ПХТ або по завершенню лікування при стабільному стані пацієнта психологічна реабілітація.

Відстрочена хірургічна реабілітація при виконанні радикальної мастектомії (протезування або реконструктивні операції).

Алгоритми первинної, вторинної і третинної профілактики

Первинна профілактика - Уникнення факторів ризику, пов'язаних з впливом навколишнього середовища та способом життя. Специфічної первинної профілактики не існує.

Вторинна профілактика – Лікування передпухлинних захворювань МЗ

Третинна профілактика – Специфічної третинної профілактики не існує. Профілактичними заходами є уникнення інсоляцій, стимулюючих фізіопроцедур та препаратів.

Алгоритм диспансеризації

Інтенсивність післяопераційного спостереження повинна бути індивідуальною для кожного конкретного хворого та базуватись на відношенні пацієнта до певної групи ризику виникнення місцевого або системного рецидиву, що визначається згідно з існуючими номограмами, розробленими для віднесення пацієнтів до груп ризику.

Кратність обстеження –

1 рік - пацієнти з Ca in situ та I-IIA ст. радикально проліковані – контрольний огляд через 3 місяці, пацієнти на стадіях ІІБ-ІІІ радикально проліковані – контрольний огляд через 3 місяці, пацієнти нерадикально проліковані та/або з метастатичним РМЗ від моменту встановлення ремісії кожні 4 тижні:

2 рік - 1 раз на 6 місяців

3 рік і в подальшому - 1 раз на рік

Обсяг обстеження при диспансерному нагляді:

1. Фізикальне обстеження.
2. Лабораторне обстеження (клінічний аналіз крові, визначення онкомаркера СА 15-3).
2. Мамографія (+ УЗД молочних залоз та регіонарних лімфовузлів) у випадку ОЗО, та контрлатеральної молочної залози після мастектомії.
3. Рентгенографія ОГП (томографія лімфовузлів середостіння) - за показаннями.
4. Комп'ютерна томографія ОГП, МРТ - за показаннями.
5. УЗД органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору.
6. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, гінеколога за показаннями.