

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра
Д.Л. Пиневиц
16 декабря 2016 г.
Регистрационный № 111-1216

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Инструкция по применению

Учреждение–разработчик: Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской
радиологии им. Н.Н. Александрова»

Авторы: д.м.н. Е.В. Шаповал, д.м.н., проф. Э.А. Жаврид, к.м.н. А.Г. Жуковец

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич

16.12.2016

Регистрационный № 111-1216

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»

АВТОРЫ: д-р мед. наук Е.В. Шаповал, д-р мед. наук, проф. Э.А. Жаврид, канд. мед. наук А.Г. Жуковец

Минск 2016

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод медицинской профилактики рака молочной железы с использованием мастэктомии с первичной маммопластикой.

Инструкция предназначена для врачей-онкологов-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенткам маммологического профиля.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Наркозный аппарат.
2. Аппарат для диатермокоагуляции.
3. Стандартный набор инструментов для операций на молочной железе.
4. Стандартные лекарственные средства.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Показания к выполнению двусторонней профилактической мастэктомии у женщин, не имеющих на данный момент рака молочной железы (с целью снижения риска развития первичного рака молочной железы):

- 1.1.1 мутации генов BRCA1 и BRCA2;
- 1.1.2 отягощенный семейный анамнез (наличие рака молочной железы у родственников I–II линии) без доказанной мутации;
- 1.1.3 гистологические факторы риска — атипичная протоковая или лобулярная гиперплазия.

2. Показания к выполнению профилактической контралатеральной мастэктомии у женщин, имеющих на данный момент или в прошлом рак молочной железы:

1.2.1 впервые выявленный односторонний рак молочной железы I–II стадии либо рак молочной железы I–II стадии в анамнезе (с целью снижения риска развития рака в контралатеральной молочной железе и достижения симметрии с оперированной молочной железой);

1.2.2 лобулярная карцинома *in situ*.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Возраст старше 70 лет.
2. Общие противопоказания к хирургическому лечению.
3. Синхронные и метахронные злокачественные опухоли, за исключением рака кожи.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Профилактическая мастэктомия предусматривает удаление ткани железы с сохранением сосково-ареолярного комплекса и первичную маммопластику,

выполняемую с использованием собственных тканей с или без комбинации с имплантатами.

На дооперационном этапе в положении пациентки стоя наносится разметка, при которой отмечают: срединную линию, субмаммарную складку, передне-подмышечную линию, контуры молочной железы, линию доступа для выполнения подкожной мастэктомии. Доступ для выполнения подкожной мастэктомии определяется способом первичной маммопластики.

Для первичной маммопластики используются:

- собственные ткани железы, или
- имплантат, или
- их комбинация.

Выбор способа пластики груди определяется размером молочной железы и предпочтением пациентки.

Выполнение профилактической мастэктомии с первичной маммопластикой не требует специальной предоперационной подготовки.

Пластика собственными тканями

Классическая разметка по Wise

Накануне операции в положении стоя пациентке наносится разметка на кожу железы по Wise (рисунок 1).

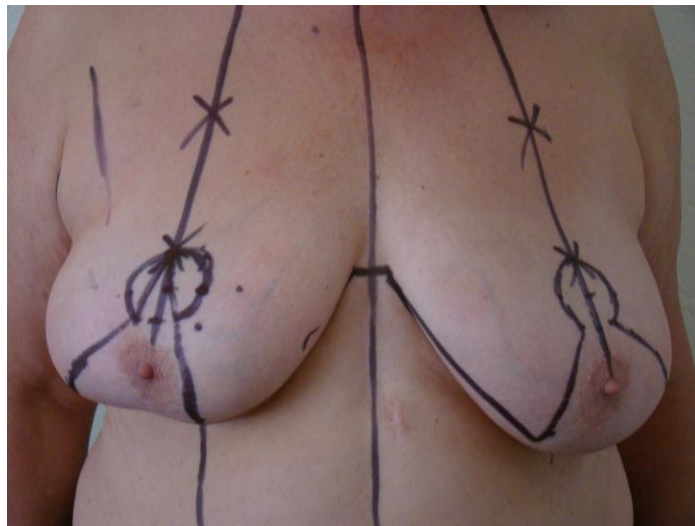


Рисунок 1. — Дооперационная разметка

Размеченные участки дезпидермизируют. Сосково-ареолярный комплекс выделяют на верхней ножке (рисунок 2).



Рисунок 2. — Деэпидермизированные участки с выделенным сосково-ареолярным комплексом на верхней питающей ножке

Деэпидермизированные участки рассекают посередине и отсекают от субмаммарной складки (рисунок 3).



Рисунок 3. — Деэпидермизированные участки, отсеченные от субмаммарной складки и рассеченные по средней линии

Образовавшиеся жировые лоскуты ротируют на 180° (рисунок 4).

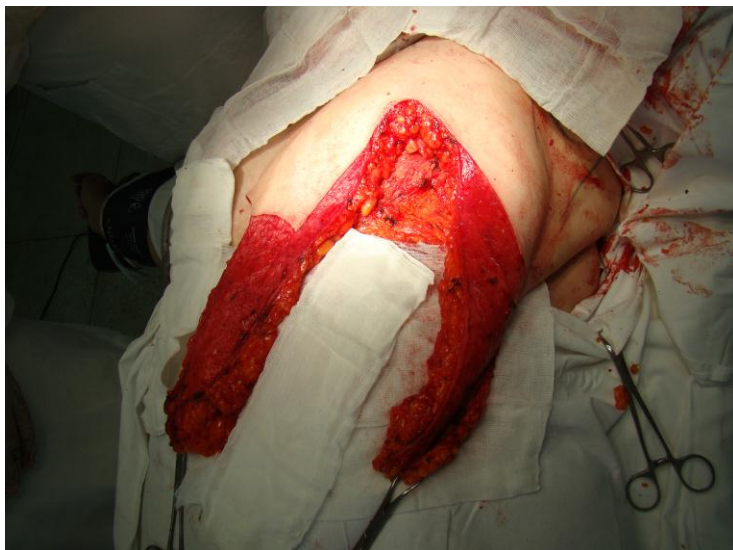


Рисунок 4. — Сформированные жировые лоскуты, подготовленные для ротации

Сосково-ареолярный комплекс переносят в новое положение. Рану дренируют ПХВ-трубкой. Формируют грудь (рисунок 5).



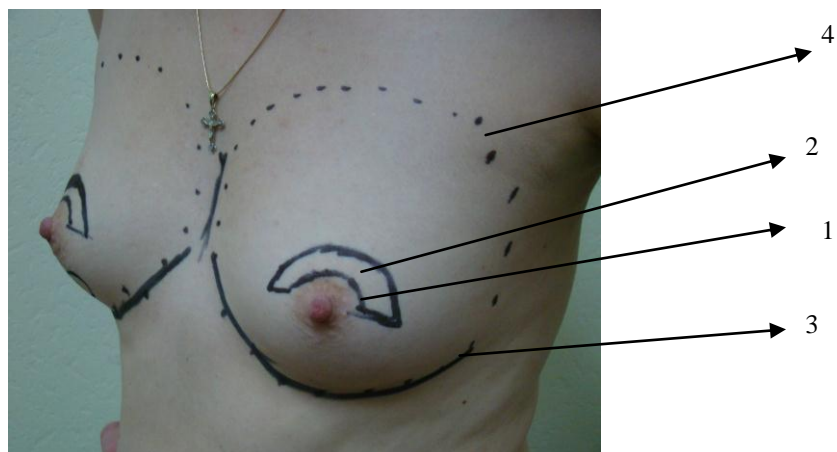
Рисунок 5. — Этап формирования груди из мобилизованных кожно-жировых лоскутов

Накладывают швы на кожу. Дренаж удаляют на 3-е сут после операции.

Параареолярный доступ

Накануне операции в положении стоя пациентке наносится разметка над верхним краем собственной ареолы. Маркируют зону деэпидермизации, которая

представляет собой участок кожи, заключенный между двумя намеченными линиями (рисунок 6).



1 — линия доступа; 2 — зона деэпидермизации; 3 — субмаммарная складка;
4 — границы сепаровки кожно-жировых лоскутов

Рисунок 6 – Дооперационная разметка

Кожу и подкожную клетчатку рассекают по линии, огибающей верхний край собственной ареолы. Кожно-жировые лоскуты отсепааровывают в стороны.

Выделяют и удаляют всю ткань железы. Рану дренируют ПХВ-трубкой. Сосково-ареолярный комплекс смещают кверху на подготовленную деэпидермизированную площадку и подшивают к ее краям (рисунок 7).



Рисунок 7. — Сосково-ареолярный комплекс укладывается на деэпидермизированную площадку

Дренаж удаляют на 3-е сут после операции.

Комбинированная пластика

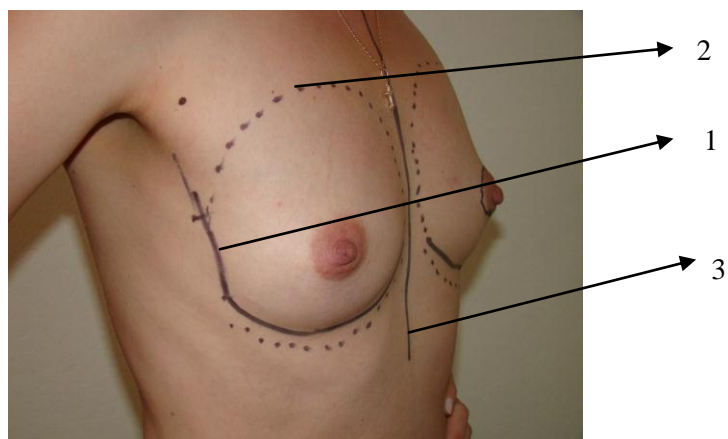
Комбинированная маммопластика представляет собой сочетание пластики собственными тканями с установкой имплантатов.

Эндопротезирование

Эндопротезирование как самостоятельный способ маммопластики используется у пациенток с гипотрофированными молочными железами.

Для выполнения профилактической мастэктомии у женщин с гипотрофированными молочными железами используются: параареолярный доступ либо доступ по субмаммарной складке либо боковой доступ.

Накануне операции в положении стоя пациентке наносится разметка по передней подмышечной линии длиной около 5,0 см (рисунок 8).



1 — линия разреза по передне-подмышечной линии; 2 — зона сепаровки кожно-жировых лоскутов; 3 — средне-грудинная линия

Рисунок 8. — Дооперационная разметка

Во время операции через данный доступ выполняется удаление всей ткани железы, что при гипотрофированных железах не представляет трудностей. После удаления ткани железы кожно-жировые лоскуты отсепаровываются в стороны до намеченных границ груди. Осуществляется тщательный гемостаз. В сформированное ложе размещается имплантат (рисунок 9).



Рисунок 9. — Вид пациентки после эндопротезирования

Рана дренируется ПХВ-трубкой и послойно ушивается. Дренаж удаляют на 3-е сут после операции.

Размещение имплантата возможно под кожно-жировой лоскут либо под большую грудную мышцу. Тактика определяется толщиной мобилизованного кожно-жирового лоскута. При его толщине 1,0 см и более возможно размещение имплантата под кожно-жировой лоскут с достижением хорошего эстетического результата. Однако в каждом конкретном случае необходимо учитывать и индивидуальную конституцию пациентки.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Ранние послеоперационные осложнения

1.1. Инфицирование послеоперационной раны

Меры профилактики: санирование хронических очагов инфекции перед операцией, введение антибиотиков за 40 мин до начала операции.

Всем пациенткам с эндопротезированием проводится антибиотикотерапия в течение 5–7 дней.

Способы устранения: посев из раны для определения флоры и ее чувствительности к антибиотикам, местно — туалет раны, назначение антибиотиков в соответствии с чувствительностью. При неэффективности консервативной терапии — удаление имплантата. Реэндопротезирование возможно после купирования инфекционных осложнений в сроки от 3 до 6 мес.

1.2. Образование сером

Меры профилактики: адекватное дренирование, ношение компрессионного белья в течение 6 мес.

Способы устранения: пункционное опорожнение кисты.

1.3. Краевой некроз кожно-жировых лоскутов

Меры профилактики: бережное отношение к тканям во время операции, адекватное по толщине и площади формирование лоскутов.

Способы устранения: при формировании струпа — его иссечение с наложением вторичных швов.

1.4. Смещение имплантата

Меры профилактики: ношение компрессионного белья со дня операции в течение 6 мес.

2 Отдаленные послеоперационные осложнения

Капсулярная контрактура

Меры профилактики: нет.

Способы устранения: повторная операция — капсулотомия без или с заменой имплантата.