

Рецензия на реферат

По теме: Рак молочной железы.

Ординатором 2 -го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 18 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, рак молочной железы – злокачественное новообразование, которое представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Среди всех онкологических заболеваний он занимает лидирующие позиции. Ежегодно регистрируется около 1,5 миллиона новых случаев рака молочной железы. РМЖ занимает одно из первых мест среди причин смерти женского населения.

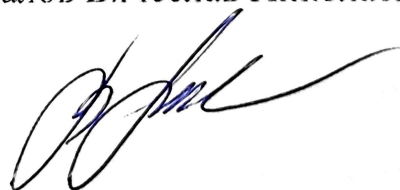
Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на

5 (отлично)

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.



Реферат

на тему: «Рак молочной железы»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2022г.

Оглавление

Введение:.....	2
Классификация заболевания	2
Стадирование:.....	6
Группировка рака молочной железы по стадиям	7
Клиническая картина	8
Диагностика	9
Лечение:	11
Клинические группы РМЖ:.....	11
Рецидивный и метастатический рак молочной железы	14
Реабилитация пациентов:	14
Профилактика:	15
Список литературы:.....	17

Введение:

Рак молочной железы – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ. В 2018 году зарегистрировано 70 682 новых случая, что составляет 20,9 % в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Средний возраст заболевших составил 61,5 года. Среднегодовой темп прироста заболеваемости (стандартизованный показатель) составил 1,97 % за последние 10 лет. Кумулятивный риск развития РМЖ в 2018 году составил 5,87 % при продолжительности жизни 74 года. В последние годы увеличивается количество пациентов, у которых заболевание диагностировано в I–II стадиях. Так, в 2018 году этот показатель составил 71,2 %, тогда как 10 лет назад равнялся 62,7 %. Стандартизованный показатель смертности снизился с 2008 по 2018 гг. с 17,05 до 14,02 соответственно. Риск умереть от рака молочной железы у женщин в 2018 г. составил 1,6 %. Доля женщин, состоящих на учете 5 и более лет, составляет 59,8 %. В структуре смертности женского населения РМЖ также находится на первом месте, составляя 16,2 %.

Рак молочной железы – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы.

Классификация заболевания

Международная гистологическая классификация

Инвазивные карциномы молочной железы	
8500/3	Инвазивная протоковая карцинома неспецифицированная
8290/3	Онкоцитарная карцинома
8314/3	Богатая липидами карцинома
8315/3	Богатая гликогеном карцинома
8410/3	Рак сальных желез
8520/3	Инвазивная дольковая карцинома неспецифицированная
8211/3	Тубулярная карцинома
8201/3	Криброзная карцинома
8480/3	Муцинозная карцинома
8470/3	Муцинозная цистаденокарцинома неспецифицированная
8507/3	Инвазивная микропапиллярная карцинома
8401/3	Апокриновая карцинома
8575/3	Метапластическая карцинома неспецифицированная
Редкие опухоли и опухоли типа опухолей слюнной железы	
8550/3	Ацинарноклеточная карцинома
8200/3	Аденокистозная карцинома
8502/3	Секреторная карцинома

8430/3	Мукоэпидермоидная карцинома
8525/3	Плеоморфная карцинома
8509/3	Карцинома из высоких клеток с обратной полярностью
Нейроэндокринные опухоли	
8240/3	Нейроэндокринная опухоль неспецифицированная
8240/3	Нейроэндокринная опухоль, G1
8249/3	Нейроэндокринная опухоль, G2
8246/3	Нейроэндокринная карцинома неспецифицированная
8041/3	Нейроэндокринная карцинома, мелкоклеточная
8013/3	Нейроэндокринная карцинома, крупноклеточная
Эпителиально-миоэпителиальные опухоли	
8940/0	Плеоморфная аденома
8983/3	Аденомиоэпителиома неспецифицированная
8983/3	Аденомиоэпителиома с карциномой
8562/3	Эпителиально-миоэпителиальная карцинома
Доброкачественная эпителиальная пролиферация	
	Протоковая гиперплазия Атипичная протоковая гиперплазия
8401/0	Аденоз и доброкачественные склерозирующие процессы склерозирующий аденоз; апокринная аденома микрогландулярный аденоз радиальный рубец/сложный склерозирующий очаг
Папиллярные опухоли	
8503/0	Внутрипротоковая папиллома
8503/2	Протоковая карцинома in situ, папиллярная
8504/2	Инкапсулированная папиллярная карцинома
8504/3	Инкапсулированная папиллярная карцинома с инвазией
8509/2	Солидная папиллярная карцинома in situ
8509/3	Солидная папиллярная карцинома с инвазией
8503/3	Внутрипротоковая папиллярная аденокарцинома с инвазией
Неинвазивные дольковые опухоли	
8520/2	Дольковая карцинома in situ неспецифицированная Классическая дольковая карцинома in situ Цветущая дольковая карцинома in situ
8519/2	Дольковая карцинома in situ плеоморфный вариант
Протоковая карцинома in situ	
8500/2	Внутрипротоковая карцинома, неинфильтрирующая, неспецифицированная Низкой ядерной градации Промежуточной градации Высокой ядерной градации

•
•

Мезенхимальные опухоли молочной железы

9120/0 9126/0 9120/3 9120/3	Сосудистые опухоли: гемангиома неспецифицированная ангиоматоз атипические сосудистые очаги • постлучевая ангиосаркома ангиосаркома
8828/0 8825/0 8821/0 8825/1	• Фибробластические и миофибробластические опухоли • нодулярный фасциит • миофибробластома фиброматоз десмоидного типа воспалительная миофибробластическая опухоль
9560/0 9540/0 9580/0 9580/0	Опухоли оболочек периферических нервов шваннома нейрофиброма зернисто-клеточная опухоль неспецифицированная • зернисто-клеточная опухоль, злокачественная •
8890/0 8890/3	Гладкомышечные опухоли лейомиома лейомиосаркома неспецифицированная
8850/0 8861/0 8850/3	Опухоли жировой ткани липома • ангиолипома • липосаркома
	Другие мезенхимальные опухоли и опухолевые состояния • псевдоангиоматозная стромальная гиперплазия
Фиброэпителиальные опухоли молочной железы	
9010/0	Фибroadенома неспецифицированная
9020/1	Филлоидная (листовидная) опухоль неспецифицированная перидуктальная стромальная опухоль
9020/0	Доброкачественная филлоидная опухоль
9020/1	Промежуточная филлоидная опухоль
9020/3	Злокачественная филлоидная опухоль
	Гамартома
Опухоли соска	
8506/0	Аденома соска
8470/0	Сирингоматозная аденома неспецифицированная
8540/3	Болезнь Педжета соска
Злокачественные лимфомы	
9680/3	Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома

9687/3	Лимфома Беркитта эндемичная лимфома Беркитта спорадическая лимфома Беркитта лимфома Беркитта, ассоциированная с иммунодефицитом
9715/3	Имплант-ассциированная анапластическая крупноклеточная лимфома
9699/3	Лимфома из клеток маргинальной зоны типа MALT
9690/3	Фолликулярная лимфома
Метастатические опухоли (лечение зависит от локализации первичной опухоли)	
Опухоли молочной железы у мужчин	
	Гинекомастия
8500/3 8500/2	Рак инвазивный рак рак in situ

Стадирование:

Для стадирования РМЖ следует использовать TNM-8 классификацию Союза по международному противораковому контролю (Union for International Cancer Control, UICC). Выделяют клиническую и патоморфологическую стадии РМЖ, которые могут существенно различаться. Клиническое стадирование осуществляют на основании результатов клинического обследования, патоморфологическое – на основании заключения морфолога после операции.

T – первичная опухоль;

T_x – недостаточно данных для оценки опухоли; T₀ – нет признаков первичной опухоли;

T_{is} (DCIS) – протоковый рак in situ;

T_{is}(Paget) – рак Педжета (соска) без признаков опухоли (при наличии опухоли оценку проводят по ее размеру);

T_{1mic} – микроинвазия[1] ≤0,1 см в наибольшем измерении.

Примечание:

T_{1a} – опухоль >1 мм, но ≤5 мм в наибольшем измерении; T_{1b} – опухоль >5 мм, но ≤10 мм в наибольшем измерении; T_{1c} – опухоль >10 мм, но ≤20 мм в наибольшем измерении; T₂ – опухоль >20 мм, но ≤50 мм в наибольшем измерении; T₃ – опухоль >50 мм в наибольшем измерении;

T₄ – опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку[2] и/или кожу; T_{4a} – прорастание грудной стенки, исключая инвазию только в грудные мышцы;

T_{4b} – отек (включая «апельсиновую корочку») или изъязвление кожи молочной железы либо сателлиты в коже железы;

T_{4c} – признаки, перечисленные в пунктах T_{4a} и T_{4b}; T_{4d} – воспалительный (отечный) рак[3];

N – регионарные лимфатические узлы[4];

N_x – недостаточно данных для оценки поражения регионарных лимфатических узлов; N₀ – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов;

N₁ – метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах (на стороне поражения);

N₂ – метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные, либо клинически определяемые метастазы во внутренних маммарных (парастернальных) лимфатических узлах при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;

N_{2a} – метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, спаянные между собой или фиксированные;

N2b – клинически определяемые метастазы во внутренних маммарных (парастернальных) лимфатических узлах при отсутствии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;

N3 – метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения, либо

клинически определяемые метастазы во внутренних маммарных (парастернальных) лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов, либо метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения (независимо от состояния подмышечных и внутренних маммарных лимфатических узлов);

N3a – метастазы в подключичных лимфатических узлах на стороне поражения;

N3b – метастазы во внутренних маммарных (парастернальных) лимфатических узлах при наличии клинически явного поражения подмышечных лимфатических узлов;

N3c – метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения. M – отдаленные метастазы;

M0 – нет признаков отдаленных метастазов; M1 – имеются отдаленные метастазы.

Группировка рака молочной железы по стадиям

Стадия	T	N	M
Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия IA	T ₁ *	N ₀	M ₀
Стадия IB	T ₀ , T ₁ *	N _{1mi}	M ₀
Стадия IIA	T ₀ T ₁ * T ₂	N ¹ N ¹ N 0	M 0 M 0 M 0
Стадия IIB	T ₂ T ₃	N ¹ N 0	M 0 M 0
Стадия IIIA	T ₀ T ₁ * T ₂ T ₃	N ² N ² N ² N ₁ , N ₂	M 0 M 0 M 0 M 0
Стадия IIIB	T ₄	N ₀ , N ₁ , N ₂	M ₀
Стадия IIIC	Любая T	N ₃	M ₀
Стадия IV	Любая T	Любая N	M ₁
*T ₁ включает T _{1mi}			

Клиническая картина

Различают несколько клинических форм РМЖ: узловую, диффузную (отечно-инфильтративную, рожистоподобную, маститоподобную и панцирную), а также рак Педжета соска.

Основным клиническим проявлением узловой формы является наличие узлового образования в ткани молочной железы, хотя клиническая картина чрезвычайно многообразна и, в первую очередь, зависит от стадии заболевания. Условно симптомы узловой формы РМЖ можно разделить на характерные для ранних и поздних стадий заболевания.

К клиническим симптомам ранних форм относятся следующие:

- наличие опухолевого узла в ткани молочной железы;
- плотная консистенция опухоли (опухоль может быть деревянистой или даже каменистой плотности);
- ограниченная подвижность либо полное ее отсутствие; как правило, безболезненность опухоли, наличие симптома «умбиликации» – втяжения кожи над опухолью, определяемого при сдвигании кожи;
- наличие одиночного плотного подвижного лимфатического узла в подмышечной области на стороне опухоли, либо нескольких аналогичных лимфоузлов, не спаянных между собой;
- возможны кровянистые выделения из соска, которые встречаются лишь при внутрипротоковом раке и внутрипротоковой папилломе.

К симптомам, характерным для более распространенных форм опухоли, относятся:

- заметная на глаз деформация кожи молочной железы над определяемой опухолью (особенно при осмотре с поднятыми вверх руками);
- выраженный симптом «умбиликации» (втяжения) кожи над опухолью;
- явления лимфостаза – симптом «лимонной корочки» над опухолью или за ее пределами; прорастание кожи опухолью

- и/или изъязвление опухоли;
- выраженное утолщение соска и складки ареолы (симптом Краузе); втяжение и фиксация соска;
 - деформация молочной железы, уменьшение или увеличение ее размеров, подтягивание ее вверх, фиксация к грудной стенке;
 - множественные плотные малоподвижные или неподвижные лимфатические узлы в подмышечной области на стороне опухоли, иногда сливающиеся в конгломераты; плотные надключичные лимфатические узлы на стороне поражения.

Диффузные формы характеризуются диффузным уплотнением всей ткани молочной железы, обусловленным опухолевой инфильтрацией, увеличением ее размеров, гиперемией кожи молочной железы и местной гипертермией (при маститоподобных и рожистоподобных формах возможна общая температурная реакция), выраженным симптомом «лимонной корки» по всей поверхности молочной железы, резким утолщением соска и складки ареолы, втяжением и прочной фиксацией соска, в подавляющем большинстве случаев имеются пораженные подмышечные лимфатические узлы. В ряде случаев необходим дифференциальный диагноз с маститом и рожистым воспалением кожи.

Различают первичные диффузные формы рака, когда опухолевый узел в железе не определяется, и вторичные – с наличием опухоли, чаще больших размеров, при которых отек и инфильтрация ткани железы и кожи обусловлены блоком отводящей лимфосистемы за счет массивного поражения регионарных лимфатических коллекторов.

Рак Педжета начинается с появления сухих или мокнущих корок в области соска, покраснения и утолщения соска. Процесс может распространяться на ареолу. Постепенно сосок уплощается, может возникнуть изъязвление, процесс распространяется на кожу молочной железы за пределы ареолы. Одновременно процесс может распространяться по крупным млечным протокам вглубь молочной железы с формированием в ее ткани опухолевого узла. Позже появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Диагностика

Критерии установления диагноза или состояния:

1. данные анамнеза: у 3–10 % пациентов с РМЖ развитие заболевания имеет наследственный характер и может быть связано с наличием мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK и других.
2. данные физикального обследования: при осмотре необходимо обратить внимание на симметрию молочных желез, состояние

сосково-ареолярного комплекса, наличие отека кожи, других кожных симптомов. При пальпации необходимо обратить внимание на наличие узловых образований, уплотнений, определить их подвижность, наличие инфильтрации окружающих тканей, размер и консистенцию лимфоузлов.

3. Лабораторные данные: всем пациентам на этапе установления диагноза общий (клинический) анализ крови развернутый и анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование свертывающей системы крови (коагулограмма), общий (клинический) анализ мочи.

4. Инструментальные методы:

- билатеральную маммографию
- ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез и регионарных лимфатических узлов
- при наличии показаний выполнить магниторезонансную томографию (МРТ) молочных желез
- УЗИ органов брюшной полости (комплексное), забрюшинного пространства
- УЗИ малого таза (комплексное) для уточнения степени распространенности РМЖ
- (КТ) или МРТ органов брюшной полости с внутривенным (в/в) контрастированием в том случае, если результаты УЗИ органов брюшной полости неоднозначны или мало информативны
- Рентгенография грудной клетки в двух проекциях либо КТ органов грудной клетки
- При операбельном РМЖ сцинтиграфия костей всего тела выполняется в случае наличия болей в костях либо повышенном уровне ЩФ. При местно-распространенном и метастатическом РМЖ выполнение данного исследования показано всем пациентам.

Показания к выполнению МРТ молочных желез:

- возраст до 30 лет;
- наличие мутаций в генах BRCA1, BRCA2;
- высокая рентгенологическая плотность молочных желез;
- наличие имплантатов молочных желез при невозможности выполнения качественного маммографического исследования;
- наличие долькового рака *in situ*

5. данные морфологического исследования: патолого-анатомическое

исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических методов для определения биологических характеристик опухоли, патоморфологической стадии РМЖ, степени лечебного патоморфоза. Выполнить тонкоигольную аспирационную биопсию (пункцию) опухоли (желательно под навигационным контролем) с цитологическим исследованием микропрепарата в случае невозможности выполнения трепанобиопсии опухоли для морфологического подтверждения диагноза.

Лечение:

Целесообразно составлять план лечения на консилиуме с участием врача-хирурга, врача-онколога и врача-радиотерапевта. При необходимости рекомендуется привлекать врачей иных специальностей.

Клинические группы РМЖ:

- первично операбельный (резектабельный) РМЖ (0, I, IIA, IIB, IIIA (T3N1M0) стадии);
- местно-распространенный (первично не операбельный/не резектабельный) РМЖ (IIIA (кроме T3N1M0), IIIB, IIIC стадии);
- метастатический РМЖ или рецидив болезни.

Степень хирургических вмешательств, используемых при раке молочной железы, варьируется:

1. радикальная мастэктомия по Хэлследу В., Майеру В. заключается в удалении одного блока груди вместе с большими и малыми мышцами груди и их фасциями, подмышечными и подмышечными тканями с лимфатическими узлами в анатомических случаях.
2. радикально модифицированная мастэктомия согласно Пэйти Д., Дайсону У., которая отличается от операции согласно Хальстеду тем, что сохраняет большую грудную мышцу.
3. Простая мастэктомия. Удаление молочной железы с фасцией большой грудной мышцы. С онкологической позиции считается

нерадикальной операцией, так как она не снимает регионального лимфоколлекционера.

4. Радикальное удаление грудного квадранта — это операция по удалению целиком органа. Операция заключается в удалении участка молочной железы вместе с опухолью, поражающей фасцию большой грудной мышцы, маленькой грудной мышцы или только ее фасцию, а также ткани ключицы, подмышки и подмышки с лимфатическими узлами в том же блоке.

Принципы лечения:

- пациентам для обеспечения оптимального локального контроля над болезнью и сохранения органа предпочтительно выполнять органосохраняющее хирургическое вмешательство (секторальная резекция, лампэктомия).
- При обнаружении элементов опухоли в краях резекции рекомендуется повторная операция: ререзекция или мастэктомия для достижения «чистоты» краев резекции с целью обеспечения локального контроля над заболеванием. «Чистым» считается отсутствие неинвазивного рака на расстоянии ≥ 2 мм от края резекции.
- Рекомендуется пациентам при необходимости выполнение с эстетической целью симметризирующей операции на контралатеральной молочной железе.
- при положительных РЭ и РП для профилактики развития вторых опухолей в контралатеральной или резецированной (в случае органосохраняющей операции) молочной железе рассмотреть для пациентов в пре- и постменопаузе назначение ГТ тамоксифеном.
- для достижения оптимального локального контроля над болезнью подводить («буст» на ложе удаленной опухоли молочной железы у пациенток с высоким риском локального рецидива (молодой возраст, в возрасте старше 50 лет с G3, при опухолевых клетках в краях резекции).
- у пациентов РМЖ старше 70 лет с T1N0M0 и положительном

по рецепторам эстрогенов статусом опухоли при отсутствии других факторов риска возможно рассмотреть отказ от проведения лучевой терапии на оставшуюся часть молочной железы после органосохраняющей операции при условии проведения в дальнейшем длительной гормонотерапии.

Лекарственная терапия (адъювантная/неoadъювантная):

- для снижения риска рецидива и смерти проводить лекарственную (адъювантную/неoadъювантную) терапию.
- при опухолях небольших размеров (< 5 мм) в сочетании с N0, являющихся прогностически благоприятными, адъювантная лекарственная терапия обладает минимальной эффективностью. Назначение адъювантной гормонотерапии (при гормонозависимых опухолях) в такой ситуации имеет целью профилактику вторых (контралатеральных) гормонозависимых опухолей.

При проведении адъювантной лекарственной терапии соблюдать следующие принципы:

- план адъювантной лекарственной терапии основывать на принадлежности опухоли к одному из молекулярно-биологических подтипов.
- адъювантную лекарственную терапию начинать с ХТ, если таковая показана; ХТ таксанами рекомендуется проводить одновременно с анти-HER2-терапией.
- адъювантную ГТ, рекомендуется начинать после завершения ХТ и проводить одновременно с анти-HER2-терапией и ЛТ.
- адъювантную ЛТ, рекомендуется начинать после завершения ХТ и проводить одновременно с ГТ и анти-HER2-терапией.
- при проведении ХТ использовать стандартные режимы с соблюдением рекомендуемой дозовой интенсивности и избегать необоснованной (в отсутствие токсичности) редукции доз препаратов и увеличения интервалов между курсами.
- при проведении ХТ использовать последовательное (а не одновременное!) введение антрациклинов и родственных соединений и таксанов; при назначении паклитаксела предпочтительно еженедельное введение, особенно при тройном негативном варианте РМЖ.
- Тамоксифен может использоваться как у пациентов в менопаузе, так и при сохранной функции яичников.

Лучевая терапия

С целью оптимального локального контроля над заболеванием проводить ЛТ после радикальной мастэктомии (РМЭ) или органосохраняющих операций у пациентов местно-распространенными формами РМЖ вне зависимости от степени лечебного патоморфоза опухоли после неoadъювантной лекарственной терапии.

Начало ЛТ – через 4-12 недель после операции (при условии полного заживления операционной раны); в случае проведения адъювантной ХТ – через 3-4 недели после ее завершения.

Пациентам с целью оптимального локального контроля над заболеванием после РМЭ или органосохраняющих операций проводить ЛТ на мягкие ткани передней грудной стенки и зоны лимфооттока, при необходимости - «буст» на послеоперационный рубец или ложе удаленной опухоли.

С целью оптимального локального контроля над заболеванием проводить ЛТ на молочную железу дозу 50 Гр за 25 фракций, на зоны лимфооттока на стороне поражения 50 Гр за 25 фракций.

Рецидивный и метастатический рак молочной железы

С целью уменьшения риска рецидива РМЖ и смерти после удаления изолированного местного рецидива лекарственная терапия проводится в соответствии со следующими принципами:

- при тройном негативном фенотипе – адъювантная ХТ (необходимо учесть суммарную дозу антрациклинов и родственных соединений, если они назначались ранее);
- при люминальном HER2-отрицательном фенотипе – только адъювантная ГТ; выбор препарата определяется предшествующей ГТ, если таковая проводилась, и функцией яичников;
- при HER2-положительном фенотипе – ХТ + анти-HER2 терапия ± ГТ (в зависимости от уровня экспрессии РЭ и РП);
- рассмотреть назначение ЛТ во всех случаях, когда она не проводилась ранее, а также при наличии возможности дополнительного безопасного облучения пораженной зоны.

Реабилитация пациентов:

1. Всем пациентам начинать раннее выполнение комплекса лечебной физической культуры (ЛФК) с целью увеличения объема движений, уменьшения болевого синдрома и

- улучшения качества жизни после операции на молочной железе и аксиллярной зоне.
2. С целью увеличения объема движений, уменьшения болевого синдрома и улучшения качества жизни после операции на молочной железе и аксиллярной зоне применять низкоинтенсивное лазерное облучение на область операции, подмышечную область.
 3. при возникновении лимфедемы верхней конечности с целью уменьшения её проявлений использовать:
 - противоотечную терапию, включающая в себя мануальный лимфодренаж;
 - ношение компрессионного трикотажа;
 - выполнение комплекса ЛФК; уход за кожей;
 - перемежающуюся дозированную пневмокомпрессию верхней конечности в сочетании с полной противоотечной терапией.
 4. при возникновении лимфедемы верхней конечности с целью уменьшения его проявлений проводить следующие мероприятия:
 - низкоинтенсивная лазеротерапия в сочетании с противоотечной терапией
 - электротерапия в сочетании с противоотечной терапией
 - глубокая осцилляция (в сочетании с противоотечной терапией, медицинским массажем).

Профилактика:

- у пациентов с РМЖ с целью профилактики развития рака контралатеральной молочной железы и рака яичников при выявлении с помощью ПЦР клинически значимых патогенных мутаций BRCA1 и BRCA2 обсуждение рисков развития вторых опухолей и возможности выполнения профилактических и скрининговых мероприятий:
- тщательный динамический контроль;
- хирургическая профилактика (профилактическая мастэктомия с одномоментной реконструкцией и профилактическая тубовариэктомия).

С целью максимально раннего выявления местных рецидивов и рака контралатеральной молочной железы и их радикального лечения осуществлять диспансерное наблюдение пациентов с соблюдением следующего регламента:

- осмотр от 1 до 4 раз в год (в зависимости от конкретной клинической ситуации) в течение первых 5 лет, далее – ежегодно.
- ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контралатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами ультразвуковой диагностики).

Список литературы:

- 1) Клинические рекомендации: Рак молочной железы 2021г.
- 2)Высоцкая И.В. Эндокринно-чувствительные опухоли репродуктивной системы: руководство для врачей. М.: Спец. изд-во мед. кн. (СИМК). 2016г.
- 3) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018.
- 4) Рак молочной железы. Морфологическая диагностика и генетика. Руководство для врачей: Г.А. Франк, Л.Э.Завалишина, К.М. Пожарисского 2020г.
- 5) Рак молочной железы. Руководство ГЭЛТАР-МЕДИА 2021г.
- 6)Международные рекомендации по лечению раннего рака молочной железы – В.Ф. Семиглазова 2020г.
- 7) Онкология для практикующих врачей Под редакцией С. С. Чистякова 2015г.