

# **Ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի կլինիկական ուղեցույց**

## **Ամփոփում**

### **Ներածություն**

Ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել արդի ապացուցողական տեղեկատվություն, կրծքագեղձերի հիպերտրոֆիայով տառապող կանանց վիրահատական բուժման և բարդությունների կանխարգելման վերաբերյալ:

### **Մեթոդներ**

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է Պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Պլաստիկ վիրաբույժների ամերիկյան միության 2011թ. «Կրծքագեղձերի հիպերտրոֆիայով պացիենտների շրջանում կլինիկական ապացուցողական ուղեցույց»-ը: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և խորհուրդները որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել խորհուրդների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարվել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների հայակական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցը նախատեսված է Պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ անհրաժեշտության դեպքում ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվությունից:

### **Եզրակացություն**

Բազմակողմանի մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը հանդիսանում է կրծքագեղձերի հիպերտրոֆիայով հիվանդների բուժման ելքերի բարելավման հիմնական սկզբունքները:

## **Բանալի բառեր**

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցուցներ, խորհուրդների ուսումնասիրման, սրեղծման և գնահարման դասակարգման համակարգ, կրծքագեղձերի հիպերտրոֆիա, ոեղուկցիոն մամոպլաստիկա:

## **Պատասխանատու համակարգող**

Հովհաննիսյան Ա.Ռ., թ.գ.թ., Հայայստանի պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների հայկական ասոցիացիայի նախագահ, ԵՊԲՀ-ի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի պլաստիկ վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի պլաստիկ վիրաբուժության բաժանմունքի վարիչ:

## **Աշխատանքային խմբի անդամներ**

- Սահակյան Ա.Բ. թ.գ.թ. <<ԱՆ գլխավոր մասնագետ, ԵՊԲՀ-ի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի պլաստիկ վիրաբուժության ամբիոնի ամբիոնի վարիչ, ամբիոնի դոցենտ, «Առաջին համալսարանական կլինիկա»-ի պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբուժության բաժանմունքի վարիչ:
- Նիկողոսյան Շ.Լ. ԵՊԲՀ-ի պլաստիկ վիրաբուժության ամբիոնի կլինիկական օրդինատոր:

## **Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ**

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդմաները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

## **Շնորհակալական խոսք**

Պատասխանատու համկարգողը իր շնորհակալությունն է հայտնում սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, մասնավորապես՝ բ.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անեսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար՝ բ.գ.թ. Հ.Ն.Մանգոյանին:

Այս ուղեցույցը չպետք է ընդունել որպես կանոն, ոչ Էլ դիտարկել որպես բացարձակ երևույթ (իր մեջ հնարավոր բոլոր երևույթները ներառյալ): Վերջնական որոշումը՝ այս կամ այն հիվանդի հետ կապված, պետք է կայացվի բժշկի կողմից՝ հաշվի առնելով պացիենտի հետ կապված բոլոր հանգամանքները, ապա դիագնոստիկ և բուժական տարրերակներն ու առկա ռեսուրսները: Այս ուղեցույցը նախատեսված չէ ծառայելու որպես ստանդարտ, բժշկական խնամքի միջոց կամ ձեռնարկ:

## **Բովանդակություն**

Նախարան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Կլինիկական հարցադրումներ

Ախտորոշիչ չափանիշներ

Կլինիկական նշաններ

Ֆիզիկական զննում

Վիրահատական պլանավորման դիտարկումներ

Մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի ծավալը

Մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի քաշը

Մարմնի զանգվածի ինդեքսը (ՄԶԻ)

Այլ դիտարկումներ

Քաղցկեղի ռիսկը

Բուժում

Ոչ վիրահատական բուժում

Վիրահատական բուժում

Հակաբիոտիկային պրոֆիլակտիկա

Դրենավորում

Հետվիրահատական խնամք

Ելքեր

Արյունավետություն/կյանքի ռիակ

Բարդություններ

Հսկողություն

Եզրակացություններ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1. Պլաստիկ վիրաբույժների ամերիկյան միության կողմից խորհուրդների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգի տարբերակ

Հավելված 2. Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

## Հապավումներ

ԿՀ՝ կրծքագեղձի հիպերտրոֆիա

ՈՄ՝ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա

ՄԶԻ՝ մարմնի զանգվածի ինդեքս

ԿԾ՝ կրծքի ծավալ

ՀՏՍ՝ հիպերտրոֆիկ սպի

## Նախաբան

Կրծքագեղձերի չափի մեծացումը կանանց մոտ կարող է հանգեցնել բացասական ֆիզիկական և սոցիալ հոգեբանական խնդիրների: Հետևաբար այն իրենից ներկայացնում է մի իրավիճակ, որը պահանջում է միջամտություն: Կրծքագեղձի հիպերտրոֆիան կորող է ուղեկցվել է ցավերով կրծքավանդակի և մեջքի շրջանում, վերին վերջույթների ծայրամասյան նեյրոպաթիաներով, գլխացավեւով և այլ ախտանիշներով, որոնց հիմքում ընկած է կրծքագեղձերի մեծ ծավալը և զանգվածը [1-4]: Կրծքագեղձի հիպերտրոֆիան (ԿՀ), որը լինում է ինչպես բնածին, այնպես էլ ձեռքբերովի, կարող է առաջացնել լուրջ սոցիալական դեղադապտացիա այս խնդրով

տառապող կանաց մոտ [5-7]: Կրծքագեղձի ծավալի վիրաբուժական փոքրացումը հանդիսանում է բուժման լավագույն եղանակը [5]:

Տեղեկատվության համկարգված որոնման և վերլուծության ընթացքում սույն Ուղեցույցի աշխատանքային խմբի կողմից ձևակրեպվել են հետևյալ կլինիկական հարցադրումները՝

1. Արդյո՞ք տվյալ միջամտությունը այս խնդրով կանանց շրջանում թեթևացնում է հիպերտրոֆիայի հետևանքով ծագած ախտանիշները:
2. Այս խմբի կանանց մոտ մեծ չափով կրծքագեղձի քաշի կրճատումը արդյո՞ք հանգեցնում է բարդությունների ավելի մեծ ռիսկի:
3. Արդյո՞ք այն կանանց մոտ, ովքեր տարել են տվյալ վիրահատությունները, և նրանց մարմնի զանգվածի ինդեքսը BMI 25-ից բարձր է (նորմա՝ BMI 18.5-24.9), կա բարդությունների ավելի մեծ ռիսկ:
4. Արդյո՞ք նախավիրահատական հակաբիոտիկային թերապիան՝ համեմատ դրա բացակայության հետ, կարող է նվազեցնել վարակային բարդությունների ռիսկը:
5. Արդյո՞ք նախավիրահատական հակաբիոտիկային թերապիան ավելի արդյունավետ է վարակների ռիսկը նվազեցնելու հարցում, քան ամբողջ շուրջվիրահատական կուրսի ընդունումը:
6. Արդյո՞ք դրենաժների կիրառումը մեծացնում է բարդությունների ռիսկը:

## **Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Սույն ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմք է հանդիսացել Պլաստիկ վիրաբույժների ամերիկյան միության 2011թ. «Ուղղուկցիոն մամոպլաստիկա, փորձի վրա հիմնված կլինիկական ուղեցույց»-ը (Evidence based Clinical Practice Guideline: Reduction Mammoplasty): Տեղեկատվության հավաքագրման

մարտավարությունը ընդգրկել է բանալի բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաթիվ ազգային որոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակային շրջանակն է՝ 2010 – 2017թթ.: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն, ապացույցերի ուժի և որակի գնահատականներ և այլ), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգիրեն լեզու:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և խորհուրդների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Խորհուրդների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE): Համաձայն այս համակարգի ապացույցների մակարդակը կարող է լինել “բարձր” ինչը ենթադրում է, որ հետագա հետազոտությունները քիչ հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ, “միջին” հետագա հետազոտությունները հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ և “ցածր” հետագա հետազոտությունները ամենայան հավանականությամբ զգալի կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ: Խորհուրդները գնահատվել են իբրև “ուժեղ” երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ ազդեցությունները հստակ գերակշռում են անցանակալի հետևանքներին և “պայամանական” երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ և անբարենպաստ ազդեցություններ հավասարակշռության վերաբերյալ վստահությունը հստակ չէ (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.):

Տեղայնացման/աղապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության

վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են Հայաստանի պլաստիկ ռեկոնստրուկտիվ և էսթետիկ վիրաբույժների հայկական ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցը նախատեսված է պլաստիկ վիրաբույժների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

## Ախտորոշիչ չափանիշներ

Կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի հայտնաբերումը կանանց շրջանում հիմնվում է անհատական կրծքի չափերի և առկա ախտանիշների վրա: Կրծքագեղձի հիպերտրոֆիայի ախտորոշումը իր մեջ ներառում է համեմատության անցկացում՝ մարմնի հասակի և կրծքագեղձի հյուսվածքի հարաբերական ծավալի միջև (սահմանումը՝ տես վերևում):

## Կինհիկական նշաններ

Կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիան ներառում է հետևյալ ախտանշանները՝

1. մկանների լարվածություն՝ մեջքի ցավ, պարանցի ցավ, ուսերի ցավ, և ավելի քիչ հանդիպող՝ գլխացավ և/կամ վերին վերջույթի ծայրամասային նեյրոպաթիա,
2. կեցվածքի փոփոխություն՝ մեջքային կիֆոզի զարգացման հակումով,
3. կրծքի քաշի և կրծքկալի հետ ասոցացված խնդիրներ, օրինակ՝ կրծքկալի անրակային կախիչի տեղում ակոսներ,
4. հիգիենայի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ շփաքորբը կամ ակնեի սրացումը, և թարախային հիդրադենիտը,

5. Խնդիրներ մարդկային փոխհարաբերություններում՝ շփոթվածություն, սեռական ոտնձգություն, սեռական անաղեկվատություն,
6. բնականոն գործունությունների սահմանափակումներ՝ վարժանքների և սպորտի մասնակցելու անկարողություն,
7. քնի կամ շնչառության դժվարություն՝ պայմանավորված կրծքի քաշով,
8. նկատելի տեսքի և հագուստի վատ համապատասխանության հետ կապված խնդիրներ:

Կանանց կրծքագեղջի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի ախտանշանները և դրանց հաճախականությունը կարող են հաշվարկվել վավեր, կառուցվածքային կազմված հարցաշարերով, որոնք ընդգրկում են հարցեր ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեբանական ախտանշանների վերաբերյալ [8]: Վիրահատական շտկման ներկայացող կրծքագեղջի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայով կանանց 87.6%-ը նշում են կրծքագեղջի հետ ասոցացված ֆիզիկական 7 ախտանշաններից առնվազն 2-ը, որոնք առկա են միշտ կամ ժամանակի մեծ մասում, իսկ կրծքագեղջի նորմալ չափ (Ը կամ ավելի փոքր) ունեցող կանանց միայն 2%-ն է նշում [9]: Վիրահատության ներկայացող կանանց փոքր տոկոսն է, որ նշում է քիչ կամ հազվադեպ ֆիզիկական ախտանշաններ և վիրահատության է դիմում հիմնականում հոգեբանական պատճառներից ելնելով:

### **Ֆիզիկական զննում**

Ֆիզիկական զննումը պետք է փաստագրի տվյալ ախտորոշման ախտանշանները: Նախքան վիրահատությունը կրծքագեղջը պետք է չպարունակի կրծքագեղջի քաղցկեղի նշաններ և ցանկացած ֆիզիկական խանգարում պետք է համապատասխան կերպով հետազոտել:

### **Վիրահատական պլանավորման դիգարկումներ**

## Մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի ծավալը

Տվյալները ցույց են տալիս, որ անկախ մասնահատվող ծավալից՝ նախավիրահատական շրջանում պացիենտներն ունենում են կրծքագեղձի հիպերտրոֆիայի հետ կապված միևնույն ախտանշանները և ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայից հետո հետվիրահատական շրջանում ունենում են ախտանշանների միևնույն բարելավումը: Կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի կապակցությամբ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի գնացող 188 պացիենտների շրջանում կատարված մի առաջահայաց հետազոտությունում հայտնաբերվել է, որ ախտանշանների բարելավումը չի կորելացվել հեռացվող կրծքագեղձի ծավալի հետ [10]: Պացիենտներին՝ ըստ ընդհանուր (տոտալ երկկողմանի) հեռացվող կրծքագեղձի հյուսվածքի ծավալի՝ 1000 գրամ կամ պակաս, 1001-1500 գրամ, 1501-2000 գրամ և 2000 գրամ կամ ավել խմբերում դասակարգելիս, բոլոր խմբերում նախավիրահատական շրջանում դիտվել է ախտանշանների միևնույն մակարդակը և հետվիրահատական շրջանում՝ ախտանշանների միևնույն բարելավում [10]: Հետազոտողները համեմատել են BRAVO հետազոտության մեջ ներառված, ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա անցած պացիենտների շրջանում կյանքի որակի ցուցանիշները: Եթե համեմատվել են վիրահատության ելքերը ապահովագրական ծածկույթի ընդհանուր չափանիշներին (օրինակ՝ (1) յուրաքանչյուր կրծքագեղձից առնվազն 500 գրամ հյուսվածքի հեռացում, և (2) Schnur Sliding Scale սանդղակով 22% հատման չափանիշի բավարարում) բավարարող պացիենտներին ստուգիչ խումբ պացիենտների (ապահովագրական չափանիշները չբավարարող պացիենտներ) հետ, հետազոտողները որևէ տարբերություն նախավիրահատական ախտանիշների և հետվիրահատական շրջանում կյանքի որակի բարելավման չեն հայտնաբերել [9]: Այսպիսով, այս հետազոտությունը եզրակացրել է, որ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի համար չափանիշներն ավելի ճշգրիտ որոշվում են ելնելով անհատական ախտանշաններից, քան միայն ըստ կրծքագեղձի ծավալի:

**Ապացույցները ցույց են տալիս, որ մասնահատվող հյուսվածքի ծավալը չի կորելացվում հետվիրահատական շրջանում ախտանիշների բարելավման աստիճանի հետ, ուստի ռեդուկցիոն մամոպաստիկայի չափանիշն ավելի ճշգրտորեն սահմանվում է ըստ անհատական ախտանիշների, այլ ոչ միայն կրծքագեղձի ծավալի: (*Խորհուրդի ուժը՝ II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ B*)**

### Մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի քաշը

Ապացույցները ցույց են տալիս, որ կրծքագեղձի հյուսվածքի մասնահատվող մեծ քաշը կարող է բարձրացնել բարդությունների վտանգը, այդ թվում՝ վերքերի ուշացած լավացում, վերքերի ինքնարուխ վերաբացում, պտուկի/արեղոյայի նեկրոզ, հեմատոմա, սերոմա, ճարպային նեկրոզ, հիպերտրոֆիկ սպի և/կամ վարակ [3,11-13]: Առաջահայաց կատարված BRAVO հետազոտությունը գտել է, որ առանց բարդությունների պացիենտների շրջանում մասնահատման միջին զանգվածը կազմել է 793 գրամ, իսկ մեկ, երկու և երեք բարդություններով պացիենտների շրջանում համապատասխանաբար՝ 839, 903 և 1773 գրամ ( $p=.001$ ) [11]: Համաձայն ըստ տարիքի, ծխելու կարգավիճակի և ՄԶԻ-ի շտկված լոգիստիկ ռեգրեսիոն վերլուծության, մասնահատվող հյուսվածքի քաշի յուրաքանչյուր 10 անգամ մեծացումը կորելացվում է բարդությունների առաջացման 4.8 անգամ բարձր ռիսկի հետ և 11.6 անգամ բարձր ուշացած լավացման հետ [11]:

**Ապացույցները ցույց են տալիս, որ մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի մեծ քաշը կարող է բարձրացնել բարդությունների ռիսկը, ուստի պացիենտները պետք է տեղեկացված լինեն պոտենցիալ ռիսկերի մասին: (*Խորհուրդի ուժը՝ III, Ապացուցողականության մակարդակը՝ B*)**

## Մարմնի զանգվածի ինդեքսը (ՄԶԻ)

Ցանկացած ՄԶԻ-ով կանայք ունենում են միևնույն օգտակարությունները ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայից: Հետազոտությունները ոչ եղբակացուցիչ տվյալներ են ցույց տվել ՄԶԻ-ի աճման զուգընթաց ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի հետվիրահատական բարդությունների աճի վերաբերյալ [3,11,13,14]: Բարձր ՄԶԻ (>25) ունեցող կանայք, ովքեր անցնում են ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա, ունենում են նոյն բարդությունները և բարդությունների նոյն մակարդակը, ինչ նորմալ ՄԶԻ-ով ( $\leq 25$ ) կանայք [3]:

**Տվյալները սպառիչ չեն, թե արդյոք բարձր ՄԶԻ-ն ասցացված է բարդությունների բարձր ռիսկի հետ, ուստի բարձր ՄԶԻ ունեցող պացիենտին ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա կատարելու որոշումը թողնվում է վիրաբույժի հայեցողությանը:** (Խորհուրդի ուժը՝ II, III, **Ապացուցողականության մակարդակը՝ C**)

## Այլ դիպարկումներ

### Քաղցկեղի ռիսկը

Հետազոտություններն ասում են, որ կրծքագեղձի փոքրացումը կարող է նվազեցնել կրծքագեղձի քաղցկեղի ռիսկը, հատկապես մեծ հասակի ( $\geq 40$  տ) կանանց և մեկ կրծքագեղձից մեծ քանակի հյուսվածքի հեռացմամբ ( $\geq 600$  գ) պացիենտների շրջանում, հավանաբար կրծքագեղձի գեղձային հյուսվածքի հեռացման շնորհիվ [15-21]: Ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա անցած կանանց շրջանում գրանցված քաղցկեղի տարածվածության նվազումը կազմել է 25-50% [15-17,19-21] և թաքնված կրծքագեղձի քաղցկեղի բացահայտումը կազմել է 0.05-0.09% [16,17,19]: Այս տվյալները հավասարակշռված են ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի պոտենցիալ վնասների հետ, ներառյալ՝ ցավ, արյունահոսություն, վարակներ, սպիացում, սերումա, հեմատոմա, մաշկի կամ ճարպի նեկրոզ, վերքի լավացման բարդություններ, կրծքի ասիմետրիա,

պտուկ-արեոլային զգացողության փոփոխություն կամ կորուստ, կրծքով կերակրման անհնարություն, մամոգրաֆիկ պատկերում անոմալություններ և կրծքագեղձի քաղցկեղի սենտինել հանգույցների քարտեզավորման համար լիմֆոսինտիգրաֆիայի պոտենցիալ անորոշացում:

Պացիենտների հետ մամոգրամիայի տարբերակները քննարկելու վիրաբույժները պետք է տեղյակ լինեն կրծքագեղձի քաղցկեղի սկրինինգի տարբեր ուղեցույցներից և մամոգրաֆիայի կատարման իրենց խորհուրդները պետք է հիմնվեն անհատական պացիենտի պատմության և արժեների վրա:

## Բուժում

### Ոչ վիրահատական բուժում

Նշված խնդիրներն ունեցող կանանց մոտ ոչ վիրահատական միջամտության արդյունավետությունը բարձր ցուցանիշ չի ունեցել, մինչդեռ վիրահատական միջամտությունը անխոս համարվում է և՝ անվտանգ, և հաջողված: Կանանց կեսից ավելին, ովքեր փորձել են մի քանի թերապևտիկ բուժումներ՝ ներառյալ քաշի նվազեցում, բժշկական ձգող ներքնազգեստներ, ձգող վարժություններ, դիրքային վարժություններ, արձանագրում են, որ այս միջոցները ոչ մի էական արդյունքի չեն հանգեցրել՝ ի հակադրություն և՛ ցավերի, և՛ առհասարակ առողջական վիճակի դրական փոփոխություններ է գրանցվում ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայից հետո: Կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի վիրահատական շտկման ներկայացող կանանց շրջանում պահպանողական, ոչ վիրահատական միջոցները արդյունավետ չեն եղել կրծքագեղձի հետ կապված ախտանշանների մշտական բարելավման հարցում, մինչդեռ վիրահատությունը և անվտանգ է և ունի հաջողության բարձր մակարդակ: Մի հետազոտություն ցույց է տվել, որ դեղորայքով և տաքի կիրառումով կանանց 1%-ից քիչն են ունեցել ամբողջական մշտական բարելավում, և այլ ոչ վիրահատական միջոցներ կիրառած կանանցից ոչ ոք չի ունեցել ամբողջական մշտական բարելավում

[5]: Մի շարք տարածված բուժումներ, որոնցից են քաշի նվազեցումը, աջակցող կրծքալների կիրառում, ամրապնդող վարժությունների կատարումը և կեցվածքային պարապմունքները, կիրառած կանանց կեսը նշել է, որ այս բուժումները որևէ բարելավման չեն բերել: Հակառակը՝ կրծքագեղձի փոքրացումը բերել է և ցավի և ընդհանուր առողջական վիճակի նշանակալի բարելավման, էականորեն վերականգնելով ֆունկցիոնալ վիճակը մինչև տվյալ տարիքին բնորոշ նորմաների [5]: Մինչ օրս չկան հրապարակված հետազոտություններ, որոնք կիաստատեն պահպանողական միջոցների որպես առաջին ընտրության թերապիայի գնային արդյունավետությունը:

## Վիրահատական բուժում

Կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիան սովորաբար երկկողմանի վիճակ է և հետևաբար սովորաբար պահանջում է երկկողմանի միջամտություն: Բացառությունները կարող են լինել այն դեպքերը, երբ կինը նախկինում հակառակ կողմում անցել է մաստէկտոմիա և հիմա նշանակալի ասիմետրիայի համար կատարվում է ռեկոնստրուկցիա:

Այլապես առողջ պացիենտների շրջանում վիրահատական միջամտության կատարման տեղակայումը թողնվում է վիրաբույժի հայեցողությանը: Վիրահատությունը կարող է կատարվել հիվանդանոցի վիրահատարանում, արտահիվանդանոցային վիրահատական հաստատությունում կամ բժշկի սենյակում: Հաստատությունը պետք է հավատարմագրված լինի և ամբողջությամբ սարքավորված լինի աղեկվատ մոնիթորինգ և վերակենդանացում իրականացնելու համար: Անկախ վիրահատական հաստատության տեղակայման, վիրահատությունը կատարողը պետք է ամբողջությամբ հաստատված լինի միջամտության իրականացման հիվանդանոցային արտոնություններով:

Նկարագրված են ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի բազմաթիվ մեթոդներ, այդ թվում՝ պտուկ-արեղային գրաֆթ, բազմազան պտուկ-ոտիկային մեթոդներ, և աղյունկտիվ լիպոսակցիա: Բոլոր միջամտությունների ընդհանուր նպատակներն են (1) կրծքագեղձի հյուսվածքի և մաշկի աղեկվատ ծավալի հեռացում և (2) մնացող կրծքագեղձի վերակազմավորում և էսթետիկ տեսքի ապահովում: Բոլոր մեթոդները թողնում են սպիտեր կրծքի վրա՝ պտուկ-արեղային համալիրի շուրջ, սովորաբար կամ «խարիսխի» կամ ուղղահայաց տեսքով: Մեթոդի ընտրությունը պետք է անհատականացված լինի տվյալ պացիենտին՝ ելնելով վիրաբույժի պատրաստությունից և փորձից: Ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան գրեթե միշտ կատարվում է ընդհանուր անզգայացման տակ, չնայած փոքր ռեդուկցիոն մամոպլաստիկ միջատությունները կարող են կատարվել սեղացիայով տեղային անզգայացման տակ: Խորանիստ երակների թրոմբոզի պատշաճ պրոֆիլակտիկան կիրառվում է վիրահատության ժամանակ և վիրահատությունից հետո թրոմբոֆլեբիտների և թոքային էմբոլիայի կանխարգելման նպատակով: Կախված կիրառվող մեթոդից և վիրաբույժի կատարողականության միջին ժամանակից, կարող է կիրառվել կամ չկիրառվել ֆոլիի կաթետեր: Հիվանդի թևերը ֆիքսվում են հենակների վրա: Մասնահատված կրծքագեղձի հյուսվածքի սկրինինգը, ներառյալ ախտաբանական հետազոտումը, կարող է խորհուրդ տրվել ըստ կլինիկական ցուցման և պացիենտի պատմության, ռիսկերի և օգուտների մանրամասն դիտարկումից հետո: Վիրահատությունից հետո, ըստ վիրաբույժի նախընտրության կարող են կիրառվել վիրակապեր, կրծքկալներ և/կամ փաթաթման հարմարանքներ:

### Հակաբիոդիկային պրոֆիլակտիկա

Ապացույցները ցույց են տալիս, որ շուրջվիրահատական հակաբիոտիկները կարող են նվազեցնել ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի հետ ասոցացված վարակների ռիսկը [22-24], քանի որ դա հստակորեն ցույց է տրվել կրծքագեղձի վրա կատարվող այլ վիրահատական միամտությունների դեպքում [23,25,26]: Սակայն, այս հնարավոր օգուտները պետք է հավասարակշռվեն պոտենցիալ ալերգիկ/անաֆիլակտիկ

ունակցիաների, կայուն բակտերիաների զարգացման, և բարձր գնային ծախսերի հետ, որը կարող է չփոխատուցվել ապահովագրական կազմակերպությունների կողմից: Եթե որոշում է կայացվում օգտագործել պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկներ, բժիշկ է պետք է հաշվի առնի, որ կաթնածորաններում առկա բակտերիաները կարող են չծածկվել հաճախ կիրառվող հակաբիոտիկների ազդման տիրությով [22,25]:

**Ապացույցները ցույց են տալիս, որ հարվիրահատական հակաբիոտիկները կարող են նվազեցնել ռեդուկցիոն մամոպլաստիկայի հետ ասցացված վարակի ռիսկերը, ուստի վիրաբույժները պետք է դիտարկեն շուրջվիրահատական հակաբիոտիկների կիրառումը ռեդուկցիոն մամոպլաստիկա անցնող պացիենտների շրջանում, հաշվի առնելով պացիենտի ռիսկի գործոնները, ալերգիաները և հակաբիոտիկային կայունության խնդիրները:** (*Խորհուրդի ուժը՝ II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ C*)

### **Դրենավորում**

Չնայած վերքային դրենաժները կարող են նվազեցնել հեղուկների քանակը վերքի խոռոչում, ապացույցները ցույց են տալիս, որ դրենաժների կիրառումը ոչ մեծացնում է, ոչ նվազեցնում հետվիրահատական բարդությունները, առաջացնելով պացիենտի համար մեծ անհարմարություն և հավանաբար երկարացնելով հիվանդանոցում կեցությունը:

**Ստանդարտ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկ միջամտությունների դեպքում ապացույցները ցույց են տալիս, որ դրենաժների կիրառումը օգտակար չէ: Սակայն, եթե որպես հավելյալ մեթոդ կիրառվում է լիպոսակցիա, դրենաժների կիրառման որոշումը պետք է թողնել վիրաբույժի հայեցողությանը:** (*Խորհուրդի ուժը՝ I, II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ A*)

## **Հետվիրահատական խնամք**

Վաղ վիրահատական շրջանում սովորաբար զննվում է պացիենտի վերքը և եթե անհրաժեշտ է, դերնաժները և/կամ զննվում կարերի հեռացման համար: Հետվիրահատական խնամքը պետք է որոշվի ըստ վիրահատող վիրաբույժի փորձի և հմտության:

## **Ելքեր**

### **Արդյունավետություն/կյանքի որակ**

Կանանց կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի վերջին հետազոտությունները կենտրոնացված են եղել վիրահատության և ֆիզիկական և հոգեբանական ելքերի վրա: Այս տեսակի հետազոտությունները հետևողականորեն ցույց են տվել, որ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան արդյունավետ է կրծքագեղձի հետ կապված ֆիզիկական ախտանշանների նվազման և կյանքի որակի բարելավման համար [30-32]: Հետազոտությունները փաստագրում են բազմաթիվ ֆիզիկական ախտանշանների բարելավում, այդ թվում՝ կրծքագեղձում, կրծքավանդակում, մեջքի վերին և ստորին հատվածներում, պարանոցում, թևում և ուսերում ցավ, գլխացավեր, կրծքկալի անրակային կախիչների տեղում ակոսների, ձեռքերում ցավ կամ թմրածություն և մաշկային ցաներ [5,30,32]: Ավելին, կրծքագեղձի ռեդուկցիոն վիրահատությունը կարող է բարելավել ֆունկցիոնալ ընդունակությունները, այդ թվում՝ կենցաղային առաջադրանքների ամբողջական կատարման ընդունակություն, ինքնուրույն հագնվել, անձնական հիգիենայի ապահովում, քայլք և վարժություններ [5,30]: Հոգեբանական առողջության և կյանքի որակի բարելավում նույնպես փաստագրվել է, որը ներառում է էքստրովերսիայի, էմոցիոնալ կայունության և ինքնագնահատականի բարձրացում, և տագնապի ու դեպրեսիվ ախտանշանների նվազում [31,33]:

**Ապացույցները ցույց են տալիս, որ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան արդյունավետ է կրծքագեղձի հետ կապված ախտանշանների նվազեցման և կյանքի որակի բարելավման համար:** Ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան պետք է դիտարկել կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայով պացիենտների դեպքում:  
*(Խորհուրդի ուժը՝<sup>1</sup>, Ապացուցողականության մակարդակը՝<sup>2A</sup>)*

## **Բարդություններ**

Բարդությունները կարող են ներառել հետևյալները.

- Վարակ
- Վերջի լավացման ուշացում
- Վերջի եզրերի տարամիտում
- Հեմատոմա և/կամ սերոմա
- Մաշկի կամ պտուկ-արեղայի նեկրոզ
- Ճարպային նեկրոզ
- Էսթետիկ դեֆեկտ
- Անբարողաջող սպիացում
- Պտուկի զգացողության փոփոխություններ
- Շրոմբումբոլիկ բարդություններ
- Կրծքով կերակրման անկարողություն
- Կրկնակի վիրահատության կարիք
- Ֆիզիկական թերապիայի անհրաժեշտություն

## **Հսկողություն**

Հսկողական այցերը կատարվում են ըստ վիրաբույժի հայեցողության լավացման պրոցեսի, վիրահատական արդյունքի և պացիենտի ընդհանուր պրոգրեսի վերահսկման նպատակով:

## **Եզրակացություններ**

Բազմաթիվ հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան արդյունավետ բուժման միջոց է կանանց կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայի ֆիզիկական և հոգեբանական դրսևորումները, ինչպիսիք են պարանոցի, մեջքի, ուսերի կամ կրծքի շրջանի ցավերը, բարելավելու համար: Այս պացիենտների ընդհանուր առողջության և լավազգացողության բարելավումը ուղղակի կերպով բարձրացնում է նրանց ընդունակությունը տանը, աշխատանքում և հասարակությունում առօրեական գործողությունների կատարման հանդեպ: Ռեդուկցիոն մամոպլաստիկան պետք է դիտարկել կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայով պացիենտների դեպքում՝ համաձայն սույն Ուղեցույցում տրվող խորհուրդների:

## **Գրականության ցանկ**

1. Boschert, M. T., Barone, C. M., Puckett, C. L. Outcome analysis of reduction mammoplasty. Plast Reconstr. Surg 98: 451-454, 1996.
2. Gonzalez, F., Walton, R. L., Shafer, B., Matory, W. E., Jr., Borah, G. L. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. Plast Reconstr. Surg 91: 1270-1276, 1993.
3. Setala, L., Papp, A., Joukainen, S. et al. Obesity and complications in breast reduction surgery: are restrictions justified? J Plast Reconstr. Aesthet. Surg 62: 195-199, 2009.

4. Wagner, D. S., Alfonso, D. R. The influence of obesity and volume of resection on success in reduction mammoplasty: an outcomes study. *Plast Reconstr. Surg* 115: 1034-1038, 2005.
5. Collins, E. D., Kerrigan, C. L., Kim, M. et al. The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. *Plast Reconstr. Surg* 109: 1556-1566, 2002.
6. Sabino, N. M., Dematte, M. F., Freire, M., Garcia, E. B., Quaresma, M., Ferreira, L. M. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. *Aesthet. Surg J* 28: 417-420, 2008.
7. Glatt, B. S., Sarwer, D. B., O'Hara, D. E., Hamori, C., Bucky, L. P., LaRossa, D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg* 103: 76-82, 1999.
8. Kerrigan, C. L., Collins, E. D., Striplin, D. et al. The health burden of breast hypertrophy. *Plast Reconstr. Surg* 108: 1591-1599, 2001.
9. Kerrigan, C. L., Collins, E. D., Kim, H. M. et al. Reduction mammoplasty: defining medical necessity. *Med Decis. Making* 22: 208-217, 2002.
10. Spector, J. A., Singh, S. P., Karp, N. S. Outcomes after breast reduction: does size really matter? *Ann. Plast Surg* 60: 505-509, 2008.
11. Cunningham, B. L., Gear, A. J., Kerrigan, C. L., Collins, E. D. Analysis of breast reduction complications derived from the BRAVO study. *Plast. Reconstr. Surg.* 115: 1597-1604, 2005.
12. O'Grady, K. F., Thoma, A., Dal, C. A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg* 115: 736-742, 2005.
13. Zubowski, R., Zins, J. E., Foray-Kaplon, A. et al. Relationship of obesity and specimen

- weight to complications in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg* 106: 998-1003, 2000.
14. Olsen, M. A., Lefta, M., Dietz, J. R. et al. Risk factors for surgical site infection after major breast operation. *J Am Coll. Surg* 207: 326-335, 2008.
15. Baasch, M., Nielsen, S. F., Engholm, G., Lund, K. Breast cancer incidence subsequent to surgical reduction of the female breast. *Br. J Cancer* 73: 961-963, 1996.
16. Boice, J. D., Jr., Friis, S., McLaughlin, J. K. et al. Cancer following breast reduction surgery in Denmark. *Cancer Causes Control* 8: 253-258, 1997.
17. Boice, J. D., Jr., Persson, I., Brinton, L. A. et al. Breast cancer following breast reduction surgery in Sweden. *Plast Reconstr. Surg* 106: 755-762, 2000.
- 444 East Algonquin Road • Arlington Heights, IL 60005-4664 • 847-228-9900 • [www.plasticsurgery.org](http://www.plasticsurgery.org)
18. Brinton, L. A., Malone, K. E., Coates, R. J. et al. Breast enlargement and reduction: results from a breast cancer case-control study. *Plast Reconstr. Surg* 97: 269-275, 1996.
19. Brown, M. H., Weinberg, M., Chong, N., Levine, R., Holowaty, E. A cohort study of breast cancer risk in breast reduction patients. *Plast Reconstr. Surg* 103: 1674-1681, 1999.
20. Fryzek, J. P., Ye, W., Nyren, O., Tarone, R. E., Lipworth, L., McLaughlin, J. K. A nationwide epidemiologic study of breast cancer incidence following breast reduction surgery in a large cohort of Swedish women. *Breast Cancer Res. Treat.* 97: 131-134, 2006.
21. Lund, K., Ewertz, M., Schou, G. Breast cancer incidence subsequent to surgical reduction of the female breast. *Scand. J Plast Reconstr. Surg Hand Surg* 21: 209-212, 1987.
22. Ahmadi, A. H., Cohen, B. E., Shayani, P. A prospective study of antibiotic efficacy in preventing infection in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg* 116: 126-131, 2005.

23. Platt, R., Zaleznik, D. F., Hopkins, C. C. et al. Perioperative antibiotic prophylaxis for herniorrhaphy and breast surgery. *N. Engl. J Med* 322: 153-160, 1990.
24. Veiga-Filho, J., Veiga, D. F., Sabino-Neto, M., Amorim, M. C., Novo, N. F., Ferreira, L. M. The role of antibiotics in reduction mammoplasty. *Ann. Plast Surg* 65: 144-146, 2010.
25. Esposito, S., Leone, S., Noviello, S. et al. Antibiotic prophylaxis in hernia repair and breast surgery: a prospective randomized study comparing piperacillin/tazobactam versus placebo. *J Chemother*. 18: 278-284, 2006.
26. Thomas, R., Alvino, P., Cortino, G. R. et al. Long-acting versus short-acting cephalosporins for preoperative prophylaxis in breast surgery: A randomized double-blind trial involving 1,766 patients. *Cancer* 85: 217-223, 1999.
27. Collis, N., McGuiness, C. M., Batchelor, A. G. Drainage in breast reduction surgery: a prospective randomised intra-patient trial. *Br. J. Plast. Surg.* 58: 286-289, 2005.
28. Corion, L. U., Smeulders, M. J., van Zuijlen, P. P., van der Horst, C. M. Draining after breast reduction: a randomised controlled inter-patient study. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 62: 865-868, 2009.
29. Wrye, S. W., Banducci, D. R., Mackay, D., Graham, W. P., Hall, W. W. Routine drainage is not required in reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 111: 113-117, 2003.
30. Freire, M., Neto, M. S., Garcia, E. B., Quaresma, M. R., Ferreira, L. M. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg* 119: 1149-1156, 2007.
31. Saariniemi, K. M., Keranen, U. H., Salminen-Peltola, P. K., Kuokkanen, H. O. Reduction mammoplasty is effective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial. *J Plast Reconstr. Aesthet. Surg* 61: 1472-1478, 2008.
32. Chadbourne, E. B., Zhang, S., Gordon, M. J. et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc*

Proc. 76: 503-510, 2001.

33. Iwuagwu, O. C., Walker, L. G., Stanley, P. W., Hart, N. B., Platt, A. J., Drew, P. J. Randomized clinical trial examining psychosocial and quality of life benefits of bilateral breast reduction surgery. Br. J Surg 93: 291-294, 200

**Պլաստիկ վիրաբույժների ամերիկյան միության (ASPS) կողմից խորհուրդների  
ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգի  
տարբերակ**

**Ապացույցների դասակարգումը թերապևտիկ հետազոտությունների համար**

| Ապացույցի<br>մակարդակը | Հիմքում ընկած հետազոտությունները  |
|------------------------|---|
| I                      | Բարձր որակի, բազմակենտրոն կամ միակենտրոն, պատահական բաշխմամբ,<br>վերահսկվող, աղեկված ուժով փորձարկում; կամ այս հետազոտությունների<br>համակարգային վերանայում                                |
| II                     | Նվազ որակի, պատահական բաշխմամբ, վերահսկվող փորձարկում; առաջահայաց<br>կոհորտային կամ համեմատական հետազոտություն; կամ այս հետազոտությունների<br>համակարգային վերանայում                       |
| III                    | Հետահայաց կոհորտային կամ համեմատական հետազոտություն; դեպք-ստուգիչ<br>հետազոտություն; կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում   |
| IV                     | Դեպքերի շարք նախա-/հետ-թեստերով; կամ միայն հետ-թեստ   |
| V                      | Փորձագետի կարծիք ձևավորված կոնսենսուսային գործընթացով; դեպք-նկարագիր<br>կամ կլինիկական օրինակ; կամ ապացույցներ հիմնված ֆիզիոլոգիայի վրա,<br>լաբորատոր փորձարկում կամ «առաջնային հիմունքներ» |

**Ապացույցների դասակարգումը ախտորոշիչ հետազոտությունների համար**

| Ապացույցի<br>մակարդակը | Հիմքում ընկած հետազոտությունները   |
|------------------------|--|
| I                      | Բարձր որակի, բազմակենտրոն կամ միակենտրոն, կոհորտային հետազոտություն, որը<br>վավերացնում է ախտորոշիչ թեստը («ուկե ստանդարտ»-ը որպես հղում տալով)<br>հաջորդական պացիենտների շարքում; կամ այս հետազոտությունների<br>համակարգային վերանայում |
| II                     | Ուսումնասիրող կոհորտային հետազոտություն, որը մշակում է ախտորոշիչ   |

|     |   |
|-----|---|
|     | չափանիշներ («ոսկե ստանդարտ»-ը որպես հղում տալով) հաջորդական պացիենտների շարքում; կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում   |
| III | Ախտորոշիչ հետազոտություն ոչ հաջորդական պացիենտների շրջանում (չտալով «ոսկե ստանդարտ»-ը որպես հղում) կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում                                 |
| IV  | Դեպք-ստուգիչ հետազոտություն; կամ վերոնշյալ ախտորոշիչ ցանկացած հետազոտություն՝ առանց համընդհանուր ընդունված «ոսկե ստանդարտ»-ի  |
| V   | Փորձագետի կարծիք ձևավորված կոնսենսուսային գործընթացով; դեպք-նկարագիր կամ կլինիկական օրինակ; կամ ապացույցներ հիմնված ֆիզիոլոգիայի վրա, լաբորատոր փորձարկում կամ «առաջնային հիմունքներ» |

### Ապացույցների դասակարգումը կանխատեսիչ հետազոտությունների համար

| Ապացույցի<br>մակարդակը | Հիմքում ընկած հետազոտությունները   |
|------------------------|--|
| I                      | Բարձր որակի, բազմակենտրոն կամ միակենտրոն, առաջահայաց կոհորտային կամ համեմատական, աղեկվատ ուժով հետազոտություն; կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում  |
| II                     | Նվազ որակի, առաջահայաց կոհորտային կամ համեմատական հետազոտություն; հետահայաց կոհորտային կամ համեմատական հետազոտություն; պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումից չըուժված ստուգիչ խումբ; կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում |
| III                    | Դեպք-ստուգիչ հետազոտություն; կամ այս հետազոտությունների համակարգային վերանայում  |
| IV                     | Դեպքերի շարք նախա-/հետ-թեստերով; կամ միայն հետ-թեստ  |
| V                      | Փորձագետի կարծիք ձևավորված կոնսենսուսային գործընթացով; դեպք-նկարագիր կամ կլինիկական օրինակ; կամ ապացույցներ հիմնված ֆիզիոլոգիայի վրա, լաբորատոր փորձարկում կամ «առաջնային հիմունքներ»  |

### Խորհուրդների դասակարգումը

| Դասակարգում | Նկարագրություն | Հիմքում ընկած | Գործնական |
|-------------|----------------|---------------|-----------|
|-------------|----------------|---------------|-----------|

|   |                      | ապացույցներ   | կիրառություն   |
|---|----------------------|---|--|
| A | Խիստ խորհուրդ        | I մակարդակի ապացույցներ<br>կամ II, III կամ IV<br>մակարդակով բազմաթիվ<br>հետազոտություններ՝ միևնույն<br>ստացված տվյալներով | Բժիշկները պետք է<br>հետևեն խիստ<br>խորհուրդներին, եթե<br>այլընտրանքային<br>մոտեցման պարզ և<br>սպառիչ հիմնավորում<br>չկա:   |
| B | Խորհուրդ             | II, III և IV մակարդակի<br>ապացույցներ, և ստացված<br>տվյալները հիմնականում<br>նոյնն են                                     | Հիմնականում<br>բժիշկները պետք է<br>հետևեն<br>խորհուրդներին,<br>սակայն պետք է<br>ուշադիր լինեն նոր<br>տեղեկատվությանը և<br>պացիենտի<br>նախընտրություններին:   |
| C | Ընտրություն/տարբերակ | II, III և IV մակարդակի<br>ապացույցներ, սակայն<br>ստացված տվյալները նոյնը<br>չեն   | Բժիշկները պետք է<br>ճկուն լինեն<br>համապատասխան<br>գործողություններում<br>իրենց որոշումները<br>կայացնելիս, սակայն<br>կարող են սահմանել<br>այլընտրանքային<br>տարբերակների<br>սահմանները:<br>պացիենտի<br>նախընտրությունները<br>պետք է ունենան<br>նշանակալի ազդեցիկ<br>դեր: |
| D | Ընտրություն/տարբերակ | V մակարդակի ապացույցներ.  | Բժիշկները պետք է   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>սակավ համակարգային<br/>էմպիրիկ ապացույցներ կամ<br/>դրանց բացակայություն</p> | <p>դիտարկեն բոլոր<br/>տարբերակները<br/>որոշումներ կայացնելիս<br/>և ուշադիր լինեն նոր<br/>հրապարակվող<br/>ապացույցներին, որոնք<br/>պարզաբանում են<br/>օգուտների և վնասների<br/>միջև<br/>հավասարակշռությունը;<br/>պացիենտի<br/>նախընտրությունները<br/>պետք է ունենան<br/>նշանակալի ազդեցիկ<br/>դեր:</p> |
|--|--|--|---|

## Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

|   |
|---|
| <p>Ապացույցները ցույց են տալիս, որ մասնահատվող հյուսվածքի ծավալը չի կորելացվում հետվիրահատական շրջանում ախտանիշների բարելավման աստիճանի հետ, ուստի ոեղուկցիոն մամոպլաստիկայի չափանիշն ավելի ճշգրտորեն սահմանվում է ըստ անհատական ախտանիշների, այլ ոչ միայն կրծքագեղձի ծավալի: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ B</b>)</p>   |
| <p>Ապացույցները ցույց են տալիս, որ մասնահատվող կրծքագեղձի հյուսվածքի մեծ քաշը կարող է բարձրացնել բարդությունների ռիսկը, ուստի պացիենտները պետք է տեղեկացված լինեն պոտենցիալ ռիսկերի մասին: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ II, III, Ապացուցողականության մակարդակը՝ B</b>)</p>   |
| <p>Տվյալները սպառիչ չեն, թե արդյոք բարձր ՄԶԻ-ն ասցացված է բարդությունների բարձր ռիսկի հետ, ուստի բարձր ՄԶԻ ունեցող պացիենտին ոեղուկցիոն մամոպլաստիկա կատարելու որոշումը թողնվում է վիրաբույժի հայեցողությանը: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ II, III, Ապացուցողականության մակարդակը՝ C</b>)</p>  |
| <p>Ապացույցները ցույց են տալիս, որ շորջվիրահատական հակաբիոտիկները կարող են նվազեցնել ոեղուկցիոն մամոպլաստիկայի հետ ասցացված վարակի ռիսկերը, ուստի վիրաբույժները պետք է դիտարկեն շորջվիրահատական հակաբիոտիկների կիրառումը ոեղուկցիոն մամոպլաստիկա անցնող պացիենտների շրջանում, հաշվի առնելով պացիենտի ռիսկի գործոնները, ալերգիաները և հակաբիոտիկային կայունության խնդիրները: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ C</b>)</p> |
| <p>Ստանդարտ ոեղուկցիոն մամոպլաստիկ միջամտությունների դեպքում ապացույցները ցույց են տալիս, որ դրենաժների կիրառումը օգտակար չէ: Սակայն, եթե որպես աղյունկտիվ մեթոդ կիրառվում է լիպոսակցիա, դրենաժների կիրառման որոշումը պետք է թողնել վիրաբույժի հայեցողությանը: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ I, II, Ապացուցողականության մակարդակը՝ A</b>)</p>   |
| <p>Ապացույցները ցույց են տալիս, որ ոեղուկցիոն մամոպլաստիկան արդյունավետ է կրծքագեղձի հետ կապված ախտանշանների նվազեցման և կյանքի որակի բարելավման համար: Ոեղուկցիոն մամոպլաստիկան պետք է դիտարկել կրծքագեղձի սիմպտոմատիկ հիպերտրոֆիայով պացիենտների դեպքում: (<b>Խորհուրդի ուժը՝ I, Ապացուցողականության մակարդակը՝ A</b>)</p>  |