

ОКЗ “Сумській онкологічний клінічний диспансер”

Локальний протокол медичної допомоги хворим на рак слинних залоз (код за МКХ-10) C07-C08.

Організація надання медичної допомоги. Таблиця №1

Діагностика	Організаційні вимоги	терміни	виконавці	Індикатор якості
Консультативна поліклініка СОКОД	<p>Клінічні методи діагностики:</p> <p>1.1 ретельний збір анамнезу; візуальна оцінка функції м'якої мускулатури; пальпаторне обстеження великих слинних залоз; пальпаторне обстеження лімфатичних вузлів ший з обох сторін (при клінічно не визначаються метастазах у лімфатичні вузли - УЗД ший); цитологічна верифікація пухлини (тонко голкова аспірація біопсія); ермінове інтраопераційне гістологічне дослідження; ларингоскопія (при наявності скарг);</p> <p>1.2 Інструментальні методи діагностики: Ультразвукове обстеження лімфатичних вузлів ший; ортопантомографія нижньої щелепи (при підозрі на залучення в пухлину кісткових структур, за наявності устаткування); комп'ютерна рентгеномографія обличчя / або магнітно-резонансна томографія (за наявності устаткування); морфологічна верифікація пухлини з встановленням гістологічного типу та ступеня диференціювання пухлини; тонко голкова аспірація біопсія збільшених шийних лімфатичних вузлів; езофагогастро-і бронхоскопія (при наявності скарг); бронхоскопія, езофагоскопія, рентгенокопія стравоходу (по показанням); рентгенологічне дослідження органів грудної клітки; комп'ютерна контрастна рентгеномографія (виконується при плануванні хірургічного втручання на ший у хворих з підозрою на залучення в пухлинний процес великих магістральних судин); ЕКГ; Ехокардіоскопія (хворим на кардіологічну патологію, яким планується хірургічне втручання); Інтраопераційна морфологічна діагностика типу пухлини.</p> <p>1.3 Лабораторні методи діагностики: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; визначення рівня гормонів щитовидної залози і ТТГ в сироватці крові та антитіл до тиреоглобуліну біохімічне дослідження крові (загальний білок, креатинін, сечовина, білірубін, глюкоза, електроліти - Na, K, Ca, Cl);</p>	До 8 днів	Лікар прийому диспансерного відділення	1. питома вага виконання стандарту (%) 2. своєчасність виконання стандарту

	коагулограма - на етапі передопераційної підготовки; група крові та резус-фактор; серореакції на сифіліс, СНІД, гепатит В.			
Стационар спеціалізованої установи	У випадку неможливості проведення всіх діагностичних процедур (похилий вік, або хворий є мешканцем віддаленого району Сумській області), обстеження виконується в торакальному відділенні ОКЗ "Сумській обласний клінічний онкологічний диспансер"	До 10 днів	Лікар торакального відділення	1. питома вага виконання стандарту (%) 2. своєчасність виконання стандарту

Лікування (загальні принципи).

Хірургічне видалення пухлини є провідним компонентом радикального лікування злоякісних новоутворень слинних залоз. При I-II стадії низькозлоякісних пухлин (низькозлоякісна мукоепідермоїдна карцинома, ацінозноклітинна карцинома) радикальне хірургічне втручання є самостійним методом лікування. При пухлинах проміжної і високої злоякісності (мукоепідермоїдна карцинома, аденокарцинома, аденокістозна карцинома, злоякісна змішана пухлина, недиференційована карцинома і плоскоклітинна карцинома) - лікування комбіноване. Шийна лімфодиссекція показана лише при наявності метастазів у лімфатичних вузлах.

Променева терапія застосовується в самостійному вигляді виключно при лікуванні нерезектабельних пухлин або в разі відмови пацієнта від операції.

Хіміотерапія і хіміопроменеве лікування можуть бути використані в окремих групах хворих з первинно нерезектабельних пухлинами, локо-регіонарними рецидивами, віддаленими метастазами, а також при наявності резидуальної пухлини чи прогностично несприятливих факторів:

- проміжний і низький ступінь диференціювання;
- метастази в лімфатичних вузлах;
- інвазія в лицьовий нерв;
- періневральна / лімфатична / судинна інвазія.

Стандартним методом лікування злоякісних пухлин малих слинних залоз є адекватне хірургічне видалення пухлини, обсяг якого залежить від локалізації і поширеності процесу. Після операції на променева терапія у пацієнтів з високим ризиком знижує частоту місцевих рецидивів в 1,5-2 (3) рази. Профілактичне опромінення шийних лімфатичних вузлів не веде до поліпшення результатів лікування. Неходжкінські лімфомы слинних залоз лікуються відповідно до розроблених для них стандартів.

Хірургічний метод (загальні принципи).

Всі хірургічні втручання з приводу злоякісних пухлин слинних залоз виконуються під загальною анестезією;

Основним видом оперативного втручання при злоякісних пухлинах білявушних слинних залоз є паротидектомія з / або без збереження лицьового нерва;

При низькозлоякісних пухлинах білявушної слинної залози T1-T2 (низькозлоякісна мукоепідермоїдна карцинома, ацінозноклеточна карцинома) допустимо виконувати субтотальну резекцію. У цьому випадку необхідний інтраопераційний контроль радикальності хірургічного втручання;

Пухлини підщелепної і під'язикової слинних залоз видаляються єдиним блоком з вмістом підщелепного трикутника;

Поширені пухлини вимагають резекції всіх залучених структур (шкіра, м'язи, нерви, щелепа, скронева кістка);

Необхідність виконання лімфодиссекції і її тип визначаються на підставі операційних знахідок.

При одиночних метастазах і відсутності екстранодального поширення перевага віддається модифікованій шийній лімфодиссекції.

Збереження лицьового нерва.

До операції повинно бути чітко з'ясовано функціональний стан нерва, оскільки частковий або повний параліч може бути обумовлений інвазією пухлини. При нервоберегаючій операції повинно бути виконано термінове гістологічне дослідження країв відсікання пухлини від нерву або власна пересічена гілка нерва. Тому остаточне рішення про збереження лицьового нерва або його гілок приймається під час операції. Якщо пухлина не оточує нерв циркулярно і відсутня периневральна інвазія, можливо проведення нервоберегаючих операцій з наступним курсом променевої терапії.

Перелік оперативних втручань у хворих на рак слинних залоз.. Таблиця №2.

Вид операції	Стадії	Виконавці
Резекція залози	Стадії I (T1-2N0M0)	Лікар торакального відділення
Повне видалення залози	Стадія II-III (T3N0M0, T1-2N1M0)	Лікар торакального відділення
Розширена або комбінована з резекцією суміжних тканин та органів	Стадія IV (T4N0M0, T3-4N1M0, T1-4N2-3M0, T1-4N1-3M1)	Лікар торакального відділення
Фасциально-футлярна шийна дисекція або операція Крайля	при N1-3 незалежно від стадії	Лікар торакального відділення

Схеми стандартного лікування хворих на рак слинних залоз. Таблиця №3

Стадія захворювання	Обсяг стандартного лікування	Виконавці	Індикатори якості
Стадія I (T1-2N0M0)	Передопераційна променева терапія. Хірургічне лікування.	Лікар торакального відділення, радіолог	П'ятирічна виживаність I-II стадія – 80-90%.
Стадія II-III (T3N0M0, T1-2N1M0)	Передопераційна променева терапія. Хірургічне лікування. Хіміотерапія (при низько- або недиференційованому раку)	Лікар торакального відділення, радіолог, хіміотерапевт	П'ятирічна виживаність III стадія – 30-45%.
Стадія IV (T4N0M0, T3-4N1M0, T1-4N1-3M1)	Індукційна хіміотерапія. Променева терапія. Хірургічне лікування (при можливості виконання) Хіміопроменева лікування (при нерезектабельних пухлинах).	Лікар торакального відділення, радіолог, хіміотерапевт (ухлинах).	П'ятирічна виживаність IV стадія – до 10%.

Променевелікування(Схема).

- При первиннорезектабельності пухлинах перевага має після операцій на променеватерапія в дозі 60-70 Гр;
- Променеватерапія завжди проводиться при високозлоякісних пухлинах;
- Також показанням до її проведення є:
 - наявність резидуальної пухлини;
 - періневральна або перилімфатична інвазія;
 - екстракапсулярне поширення пухлини;
 - метастази в залозі або регіонарних лімфатичних вузлах;
 - рецидив пухлини.

Особливості лікування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення у хворих на рак слинних залоз. Таблиця 4.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення
Передопераційна променеватерапія	Стадія I-IV (T1-4N0-3M0-1) Разова вогнищева доза 2,0Гр. Сумарна вогнищева доза за 2 етапи – 55 – 60 Гр.

Виконавці: лікар радіолог

Хіміотерапевтичне лікування.

Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія) у хворих на рак слинних залоз. Таблиця 5.

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	Індукційна хіміотерапія: доксорубіцин 30 мг/м ² 1-3 дні; дактиноміцин 450 мг/м ² 1-й день; вінкрістин 1 мг/м ² 1-й день; циклофосфамід 600 мг/м ² 1-день; карбоплатин 450 мг/м ² 4-ий день

Виконавці: лікар хіміотерапевт

Спостереження, терміни і обсяг обстеження.

Диспансерне спостереження за вилікуваними хворими:

- протягом першого року - кожні 2-3 місяці;
- протягом другого року - один раз на 3-4 місяці;
- з третього по п'ятий роки - один раз кожні 4-6 місяців;
- після п'яти років - один раз кожні 6-12 місяців.

Методи обстеження:

- пальпація регіонарних лімфатичних вузлів;
- УЗД шиї (при підозрі на наявність метастазів);
- рентгенологічне дослідження органів грудної клітини - один раз на рік;

Виконавці: лікар прийому диспансерного відділення

Реабілітація

- консультація стоматолога (при наявності карієсу).
- вітамінотерапія
- профілактика паління
- пропаганда здорового образу життя

Виконавці: лікар прийому диспансерного відділення