

ОКЗ “Сумській онкологічний клінічний диспансер”

Локальний протокол медичної допомоги хворим на рак губи, ротової порожнини, глотки (код за МКХ-10) C00-C06, C09-C11, C14

Організація надання медичної допомоги. Таблиця №1

Діагностика	Організаційні вимоги	терміни	виконавці	Індикатор якості
Консультативна поліклініка СОКОД	<p>1.1 Клінічні методи діагностики: орофарінгоскопія і ларингоскопія; бімануальна пальпація губи, язика, щік, тканин дна порожнини рота, пальцеведослідження мигдалин; пальпаторне обстеження лімфатичних вузлів ший з обох сторін; при клінічно не визначених метастазах в лімфатичних вузлах - УЗД ший; морфологічна (цитологічна та обгістологічна) верифікація пухлини з встановленням гістологічного типу та ступеня диференціювання пухлини (інцизійна біопсія); цитологічна верифікація регіонарних лімфогенних метастазів (при неможливості верифікації первинної пухлини – гістологічна верифікація метастазів);</p> <p>1.2 Інструментальні методи діагностики: рентгенологічне дослідження органів грудної клітки; комп'ютерна рентгеномографія голови і ший (при неможливості встановлення поширеності пухлини іншими методами дослідження); комп'ютерна контрастна рентгеномографія (виконується при плануванні хірургічного втручання на ший у хворих з підозрою на залучення в пухлинний процес великих магістральних судин); езофагогастро-і бронхоскопія (при наявності карг); ЕКГ; Ехокардіоскопія (хворим на кардіологічну патологію, яким планується хірургічне втручання);</p> <p>1.3 Лабораторні методи діагностики: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; біохімічне дослідження крові (загальний білок, креатинін, сечовина, білірубін, глюкоза, електроліти - Na, K, Ca, Cl); коагулограма - на етапі передопераційної підготовки; група крові та резус-фактор; серореакції на сифіліс, СНІД, гепатит В.</p>	До 8 днів	Лікар прийому диспансерного відділення	1. питома вага виконання стандарту (%) 2. своєчасність виконання стандарту
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

Перелік оперативних втручань у хворих на рак губи, ротової порожнини, глотки. Таблиця №2

Вид операції	Стадії	Індикатори якості	Виконавці
Резекція органу або кріодеструкція	Стадії I-II (T ₁₋₂ N ₀ M ₀)	П'ятирічна виживаність I-II стадія – 70-85%.	Лікар торакального відділення
Комбінована операція з резекцією суміжних тканин та органів	Стадія III-IV (T ₃₋₄ N ₀₋₃ M ₀₋₁)	П'ятирічна виживаність III стадія – 20-30%.	Лікар торакального відділення
Розширена або комбінована з резекцією суміжних тканин та органів	Стадія IV (T ₄ N ₀ M ₀ , T ₃₋₄ N ₁ M ₀ , T ₁₋₄ N ₂₋₃ M ₀ , T ₁₋₄ N ₁₋₃ M ₁)	П'ятирічна виживаність IV стадія – до10%.	Лікар торакального відділення
Перев'язка наружної сонної артерії або її гілок	стадія III-IV	П'ятирічна виживаність IV стадія – до10%.	Лікар торакального відділення
Фасциально-футлярна шийна дисекція або операція Крайля	при N ₁₋₃ незалежно від стадії		Лікар торакального відділення
Пластично - відновлювальні операції	Стадії II -III	П'ятирічна виживаність I-II стадія – 60-80%.	Лікар торакального відділення
Катетеризаціянаружноїсонної артерії або її гілок (антеградна, ретроградна) з послідуною регіонарною хіміотерапією.	Стадія III-IV	П'ятирічна виживаність IV стадія – до10%.	Лікар торакального відділення

Променевелікування.(Схема).

- Разовавогнищева доза 2,0 – 2,5 Гр.
- Сумарнавогнищева доза за 2 етапи – 60 Гр.
- У разічтківідмежованихповерхневихпухлин T1-T2 без регіонарнихметастазів методом вибору є дистанційна гамма терапія СОД – 60 Гр..
- Поширеніпухлини (T3-T4 N1-3) лікують з використанням тількипроменевоїтерапіїабо в поєднанні з хіміотерапією (конкурентна хіміопроменеве лікування), але тільки у хворих з ECOG-статусом 0-1. (цисплатін 100 мг/м² внутрішньовенна інфузія в 1-й, 22-й і 43-й дні на тлі проведення променевої терапії СОД 60-65 Гр (РОД 2 Гр)).
- Проведенняпередопераційноїпроменевоїтерапіїможе бути обгрунтовано при місцево-поширенихпухлинах на межірезектабельностіабонесмещаємих метастазах в лімфатичнихвузлах (СОД 46-50 Гр, РОД 2 Гр).
- При профілактичномуаболікувальномуопроміненнірегіонарноголімфатичногоколектора в планованийобсягопроміннявключаютьсялімфатичнівузлишиї з боку ураження, а при центральнійлокалізаціїпухлини - лімфатичнівузлишиї з обохсторін.
- Опроміненнярегіонарнихлімфатичнихвузлів проводиться паралельно з променевоютерапієюпервинноїпухлиниабо в рамках післяопераційноїпроменевоїтерапії.
- В якості основного методу лікуванняпроменеватерапіязастосовується при нерезектабельнихпухлинахабо у пацієнтів з ECOG-статусом >1;

Показанням до проведенняпісляопераційноїпроменевоїтерапії є:

- пухлини T3-T4;
- наявністьрезидуальноїпухлини;
- періневральноя / лімфатична / судиннаінвазія;
- шийналімфодісекція з приводу множиннихметастазівабоїхекстракапсулярноїінвазії.

Виконавці: лікар радіолог

Хіміотерапевтичне лікування. Таблиця №3. Основний перелік схем медикаментозного лікування.

№	Схема	Особливості використання
1.	Цисплатин 100 мг/м ² або Карбоплатин 450 мг/ м ² або Оксаліплатин 100 мг/ м ² 1-й день Флуороурацил 1000 мг/ м ² 1 – 5 дні	Курс лікування проводиться в адьювантному, або в неоадьювантному режимі.
2.	Доцетаксел 80 мг/ м ² або Паклітаксел 210 мг/ м ² 1-й день Цисплатин 100 мг/ м ² або Карбоплатин 450 мг/ м ² або Оксаліплатин 100 мг/ м ² 2-й день Флуороурацил 1000 мг/ м ² 3 — 5 дні	Курс лікування проводиться в адьювантному, або в неоадьювантному режимі.
3.	Циклофосфамід 800 мг/ м ² 1-й день Доксорубіцин 30 мг/ м ² або Блеоміцин 30 мг/ м ² 1 —3 дні Вінкрисдин 1 мг/ м ² або Вінбластин 6 мг/ м ² 1-й день Цисплатин 100 мг/ м ² або Карбоплатин 450 мг/ м ² 4-й день	Проводиться при низько- та недиференційованих формах раку.

Хіміотерапевтичне лікування. Таблиця №4 Додатковий перелік схем медикаментозного лікування. (використовується при достатньому матеріально-технічному забезпеченні)

№	Схема	Особливості використання
1.	Доцетаксел 80 мг/ м ² або Паклітаксел 210 мг/ м ² 1-й день Гемцитабін 1 г/ м ² 2-й день Блеоміцин 30 мг/ м ² 3 — 5 дні	Курс лікування проводиться в адьювантному, або в неоадьювантному режимі.
2.	Цетуксимаб 1 раз на тиждень: Перша доза 400 мг/ м ² , Наступні дози 250 мг/ м ²	Для лікування рецидивуючого та/або метастазуючого скваматозного раку при неефективності хіміотерапії.

Хіміотерапевтичне лікування. Таблиця №5 Основна схема індукційної хіміотерапії (проводиться у хворих з ECOG статусом 0-1)

№	Схема	Особливості використання
1.	цисплатин 100 мг/м ² 1-й день, або карбоплатин 450 мг/м ² 1-й день + Флуороурацил 1000 мг інфузія 1-5 дні	Курс лікування проводиться перед променевою терапією

Хіміотерапевтичне лікування. Таблиця №6 Основна схема індукційної хіміотерапії (проводиться у хворих з ECOG статусом 0-1) (використовується при достатньому матеріально-технічному забезпеченні)

№	Схема	Особливості використання
1.	Доцетаксел 80 мг/м ² + цисплатин 100 мг/м ² + Флуороурацил 1000 мг	Курс лікування проводиться перед променевою терапією

Виконавці: лікар хіміотерапевт

Спостереження, терміни і обсяг обстеження.

Диспансерне спостереження за вилікованими хворими:

- протягом першого року - кожні 1,5-2 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:

- пальпаторне обстеження губи, язика, щік, тканин дна порожнини рота, орофарингоскопія;
- пальпація регіонарних лімфатичних вузлів;
- УЗД шиї (при підозрі на наявність метастазів);
- рентгенологічне дослідження органів грудної клітини - один раз на рік;
- контроль функції щитовидної залози через 1, 2 і 5 років (в разі опромінення шиї).

Виконавці: лікар прийому диспансерного відділення

Реабілітація

- протезування верхньої щелепи
- санація порожнини рота (консультація стоматолога)
- вітамінотерапія
- профілактика паління
- пропаганда здорового образу життя

Виконавці: лікар прийому диспансерного відділення