

## Локальний протокол надання медичної допомоги на рак яєчника

Положення локального протоколу медичної допомоги	Необхідні дії відповідно до стандарту	Строк и виконання	Виконавці	Індикатори якості медичної допомоги
Диспансерне відділення СОКОД	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анамнез хвороби та життя</li> <li>2. фізикальне обстеження</li> <li>3. гінекологічне ректо-вагінальне дослідження</li> <li>4. Дослідження молочних залоз, щитовидної залоз</li> <li>5. фіброгастродуоденоскопія</li> <li>6. колоноскопія</li> <li>7. УЗД органів черевної порожнини</li> <li>8. огляд уролога, цистоскопія</li> <li>9. екскреторна урографія</li> <li>10. комп'ютерна томографія</li> <li>11. пухлинний маркер СА-125 та інші пухлинні маркери за показаннями</li> <li>12. консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ (у хворих оперованих в ЛПЗ)</li> <li>13. за показаннями цитологічне дослідження асцитичної рідини</li> <li>14. Междисциплінарний онкологічний консіліум.</li> </ol>	До 7 днів	Лікар гінеколог диспансерного відділення  Завідувач диспансерним відділенням	5 річна виживаність 64,2%
Стаціонар спеціалізованої установи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. фізикальне обстеження</li> <li>2. контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями</li> <li>3. стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного до обстеження</li> <li>4. консіліум</li> </ol>	3 дні	Лікуючий лікар. Завідувач відділення	
Лікування: Стадії ІА,В G <sub>1</sub> -G <sub>2</sub> , (крім світлоклітинного гістотипу):	<p>Хірургічне втручання: екстирпація матки з додатками, резекція великого сальника та ревізія черевної порожнини, біопсія лімфатичних вузлів, мазки – відбитки з різних відділів черевної порожнини з метою адекватного стадіювання.</p> <p>Консервативна тактика (як виключення): у молодих хворих на рак яєчників ІА стадії, які бажають зберегти фертильність, при високодиференційованих карциномах (G<sub>1</sub>): однобічна</p>	до 10-12	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням	

	аднексектомія, оментектомія → ретельне диспансерне спостереження → після народження дитини або закінчення дітородного віку → операція в повному обсязі.			
Стадії ІА,В G <sub>3</sub> , ІС, ІІА,В,С, всі стадії світлоклітинного раку	Хірургічне втручання: екстирпація матки з додатками та резекція великого сальника, комбіновані операції + ад'ювантна хіміотерапія І лінії (див. в таблиці №5) Проводяться 6 курсів хіміотерапії за однією із схем. У випадку клінічного прогресування захворювання або високого рівня маркера СА-125 після операції та ад'ювантного лікування варто переходити на хіміотерапію ІІ лінії (див. в таблиці №5). При наявності асциту - парацентез, встановлення в черевну порожнину катетера для евакуації асцити та проведення ендоабдомінальної ХТ. При лікуванні хворих з ексудативним плевритом ефективні похідні платини, а також препарати, що вводяться ендоабдомінально або внутрішньоплеврально.	до 16	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділенням хіміотерапії	
Стадії ІІІ-ІV	циторедуктивна операція (екстирпація або надпихова ампутація матки з додатками, оментектомія, видалення, по можливості, всіх інших осередків пухлини: в черевній порожнині, заочеревинному просторі, лімфатичних вузлах) → 6 курсів хіміотерапії І лінії . Наявність пухлинного плевриту не міняє тактики лікування. У хворих з нерезектабельними пухлинами, метастазами в печінку, легені, надключичні лімфатичні вузли, при масивному ураженні середостіння, наявності асцити - неоад'ювантна хіміотерапія 2-3 курси з наступним вирішенням питання щодо операції.	до 21	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділенням хіміотерапії	
Реабілітація	Імунотерапія, вітамінотерапія, дезінтоксикаційне, протианемічне і гемастимулююче лікування			

