

Локалізація: Вульва (код за МКХ-10) C51

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

		ЛПЗ загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стаціонар спеціалізованої установи
Обстеження первинних хворих	Терміни обстеження	3– 10 днів	До 8 днів	3 дні
	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження гінекологічне ректо-вагінальне дослідження загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі кольпоскопія, вульвоскопія цитологічне дослідження біопсія ультразвукове дослідження обстеження на ВІЛ, сифіліс, вірусний гепатит електрокардіографія рентгенографія органів грудної клітки 	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження гінекологічне ректо-вагінальне дослідження вульвоскопія консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням (при відсутності морфологічного підтвердження пухлини) УЗД ректороманоскопія при необхідності фіброгастродуоденоскопія комп'ютерна томографія за показами сцинтиграфія консультація хіміотерапевта, радіолога, анестезіолога консультації інших фахівців – за показаннями 	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дообстеження
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	Обов'язкові огляди кожні 3 місяці протягом першого року, наступні 2 роки – 2 рази на рік, із застосуванням спеціальних обстежень		
	Обсяг обстежень	Фізикальне і гінекологічне обстеження цитологічне дослідження ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, заочеревини, малого тазу та регіонарних лімфатичних вузлів	<i>Обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередньому етапі.</i>	<i>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередніх етапах.</i>
Можливі додаткові обстеження (проводяться при достатньому матеріально-технічному забезпеченні закладу)		Обстеження на наявність ВПЛ та інших		

Таблиця №2 Схеми стандартного лікування хворих на рак вульви

Стадії захворювання	ОСБЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
<p>Стадія 0-1A_{Tis-1a}-N₀M₀</p> <p>Стадія 0-1A_{Tis-1a} N₀M₀ (клітор)</p> <p>Стадія II – T₂N₀M₀, при T₂<4см або/та T₁ при ураженні клітору</p>	<p>1. <i>Хірургічне лікування</i> – криодеструкція, висічення пухлини ≤2см, або радикальна вульвектомія (мультицентричне ураження).</p> <p>радикальна вульвектомія</p> <p><i>Хірургічне лікування</i> – розширена вульвектомія (радикальна вульвектомія доповнена пахвинно - стеговою лімфаденектомією).</p>	До 1	до 10 до 14	до % до 10 %	до % до 0,5 %
<p>Стадія II – T₂N₀M₀ при T₂>4см</p>	<p><i>Комбіноване або комплексне лікування:</i></p> <p>1. <i>Неoad'ювантна хімотерапія:</i> системна хімотерапія з використанням цисплатину, блеоміцину, флуороурацилу, або передопераційна променева терапія в дозі 30 Гр на зону первинного вогнища з наступним хірургічним втручанням після ліквідації променевих реакцій</p> <p>2. <i>Хірургічне лікування</i> – розширена вульвектомія (радикальна вульвектомія доповнена пахвинно-стеговою лімфаденектомією).</p> <p>3. <i>Ад'ювантна променева терапія</i> –на зону первинного вогнища, РОД 2,0 Гр до СОД 40 Гр.</p>	До 3	до 14 до 21 до 14 до35	до 10 % до 10 % до 20 % до 10%	до 1 % до 1 % до 1 % до 1%
<p>Стадія III – T₃N₀M₀ (перехід на центрально розташовані структури вульви)</p>	<p><i>Комбіноване або комплексне лікування:</i></p> <p>1. <i>Неoad'ювантна хімотерапія</i> системна або регіональна хімотерапія, при хіміорезистентних пухлинах - передопераційна променева терапія в дозі 30Гр. на зону первинного вогнища.</p> <p>2. <i>Хірургічне лікування</i> – розширена комбінована (з резекцією суміжних органів – уретри, анального сфінктера, частини піхви) вульвектомія.</p> <p>3. <i>Ад'ювантна променева терапія</i> - опромінення зони первинного вогнища, РОД2,0 Гр до СОД 40 Гр.</p>	До 3	До 14 До 21 До 35	До 10% До 10% До 30%	До 1% до 1% до 2%
<p>Стадія III-IVA – T₂₋₃N₁M₀ 1</p>	<p><i>Комбіноване або комплексне лікування:</i></p> <p>1. <i>Неoad'ювантна хімотерапія</i> системна або регіональна хімотерапія або передопераційна променева терапія в дозі 30 Гр на зону первинного вогнища з наступним хірургічним втручанням після ліквідації променевих реакцій</p> <p>2. <i>Хірургічне лікування</i> – розширена або, при наявності показань, комбінована (з резекцією суміжних органів – уретри, анального сфінктера, частини піхви) вульвектомія, доповнена здухвинною лімфаденектомією.</p>	До 3	До 14 До 21	До 10% До 10%	До 1% До 1%

	<p>3. Післяопераційна променева терапія – опромінення зони первинного вогнища та шляхів метастазування (при розмірах пухлини > 4 см та при гістологічно підтверженому ураженні регіонарних лімфатичних вузлів) РОД 2,0 Гр до СОД40 Гр.</p> <p>4. Ад'ювантна хіміотерапія (системна) – з використанням цисплатину, флуороурацилу, блеоміцину (2 – 3 курси)</p> <p>У випадках загальних протипоказань до хірургічного лікування – променева та хіміотерапія (з використанням цисплатину, 5-флуороурацилу та блеоміцину).</p>		До 35	До 30%	До 2%
			До 60	До 60%	0
Стадія ІVB (T₄N₁₋₂M₀)	<p>1. Променева терапія як самостійний курс –РОД2 Гр до СОД 60-65 Гр (за два етапи).</p> <p>2. Паліативна хіміо-променева терапія за вище викладеними схемами з використанням цисплатину, флуороурацилу, блеоміцину</p> <p>Терапія супроводу: специфічні антидоти (кальцію фолінат), протиблювотні, радіопротектори, колонієстимулюючі за показаннями, знеболюючі (ненаркотичні, наркотичні), антибактеріальні засоби (за показаннями).</p>	До 3	До 50	До 10%	До 2%

Таблиця №3 Перелік оперативних втручань у хворих на рак вульви

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	кріодеструкція, висічення пухлини ≤2см	Стадія 0-I – T ₀₋₁ N ₀ M ₀ (крім клітору)	
	радикальна вульвектомія (мультицентричне ураження).	Стадія 0-I – T ₀₋₁ N ₀ M ₀ (крім клітору)	
	розширена вульвектомія (радикальна вульвектомія доповнена пахвинною лімфаденектомією).	Стадія II – T ₁ (клітор) та T ₂ N ₀ M ₀ , при T ₂ <4см Стадія II – T ₂ N ₀ M ₀ при T ₂ >4см	
	розширена комбінована (з резекцією суміжних органів – уретри, анального сфінктера, частини піхви) вульвектомія	Стадія III – T ₃ N ₀ M ₀ Стадія III-IVA – T ₃ N ₁ M ₀₋₁	
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	розширена комбінована (з резекцією суміжних органів – уретри, анального сфінктера, частини піхви) вульвектомія, розширена вульвектомія доповнена здухвинною дімфаденектомією; передня або задня екзентерація		

Протипокази до оперативного втручання: Термінальний стан хворої

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Доопераційна променева терапія	РОД 2 Гр до СОД 30 Гр <i>на зону первинного вогнища</i> з наступним хірургічним втручанням після ліквідації променевих реакцій	
Післяопераційна променева терапія після радикальних операцій	Стадія II-III – $T_{2-3}N_0M_0$ (при $T > 4\text{см}$) на зону первинного вогнища, РОД 2,0 Гр СОД 40 Гр Стадія III-IVa – $T_{2-3}N_1M_0-1$ опромінення зони первинного вогнища (при розмірах пухлини > 4) см та шляхів метастазування (при гістологічно підтверженому ураженні регіонарних лімфатичних вузлів) РОД 2,0 Гр до СОД 40 Гр	
Самостійна променева терапія	РОД 2 Гр до СОД 60-65 Гр (за два етапи)	

У випадках загальних протипоказань до хірургічного лікування – променева та хіміотерапія (з використанням цисплатину, 5-флуороурацилу та блеоміцину)

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія)

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	Системна хіміотерапія з використанням цисплатину, блеоміцину, флуороурацилу	
Додатковий перелік схем (можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні)	При наявності матеріально технічного забезпечення лікування закладу регіональна хіміотерапія (ендолімфатична або лімфотропна за схемою: Метотрексат 20 мг/доба, сумарно 100мг Циклофосфамід 200 мг/доба, сумарно 1 г Флуороурацил 250 мг/доба, сумарно 1,25 г почергово, протягом 2-х тижнів з наступним оперативним втручанням.	

Протипокази до медикаментозного лікування: Термінальний стан хворої

Директор Департаменту розвитку
медичної допомоги

М.П.Жданова

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я
від 17.09.2007 № 554

Локалізація Ендометрій (код за МКХ-10) С 54

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

		ЛПЗ загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стаціонар спеціалізованої установи
Обстеження первинних хворих	Терміни обстеження	3– 10 днів	До 8 днів	3 дні
	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження гінекологічне ректо-вагінальне дослідження загальний та біохімічний аналіз крові, сечі; цитологічне дослідження ультразвукове дослідження роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки та церві кального каналу рентгенографія органів грудної порожнини обстеження на ВІЛ, сифіліс, вірусний гепатит електрокардіографія обстеження на вірус 	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження гінекологічне ректовагінальне дослідження консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням (при відсутності морфологічного підтвердження пухлини) УЗД органів черевної порожнини при необхідності фіброгастродуоденоскопія та колоноскопія консультація уролога, цистоскопія, за показами екскреторна урографія комп'ютерна томографія <p>консультація хіміотерапевта, радіолога, анестезіолога та інших фахівців за показами</p>	<ol style="list-style-type: none"> фізикальне обстеження контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного до обстеження консиліум
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	Обов'язкові огляди кожні 3 місяці протягом першого року, наступні 2 роки – 2 рази на рік, із застосуванням спеціальних обстежень		
	Обсяг Обсте-жень	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне і гінекологічне обстеження Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, заочеревини та малого тазу та регіонарних лімфатичних вузлів цитологічне дослідження за показами КТ 	<p><i>Обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередньому етапі.</i></p>	<p><i>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередніх етапах.</i></p>

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих на рак ендометрію

Стадії захворювання	ОСБЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
Стадія T _{1a} N ₀ M ₀	1. Хірургічне лікування – пангістеректомія. 2. Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) –50- 60 Гр в т.А * та на контур матки (MDR). *Примітка: т.А – центр перетину а.uterinal з сечеводом	До 3 До 3	до 14 до 30	до 5 % до 10 %	до 0,5 % до 0,5 %
Стадія T _{1b} N ₀ M ₀ (поверхнева інвазія, локалізація пухлини у верхній частині слизової матки, G ₁)	1. Хірургічне лікування – пангістеректомія. 2. Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 60 Гр в т.А і 80 Гр по контуру дна матки (MDR).	До 3 До 3	до 14 до 40	до 5 % до 10 %	до 0,5 % до 0,5 %
Стадія T _{1b} N ₀ M ₀ (інвазія до ½ міометрія, локалізація пухлини у нижній частині слизової матки, G ₂₋₃)	Комбіноване лікування: – хірургічне лікування – розширена пангістеректомія → поєднана променева терапія: післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого тазу – РОД 2,0 Гр, сумарна – 40-46 Гр; брахітерапія СОД 35-50 Гр на слизову піхви (MDR).	До 3 До 3	до 14 до70	до 10 % до 30 %	до 1 % до 1 %
Стадія T _{1c-2a} N ₀ M ₀ , G ₂₋₃ T _{2b} N ₀ M ₀ – G ₁	Комбіноване лікування: – хірургічне лікування – розширена пангістеректомія → поєднана променева терапія: післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого тазу – 40-46 Гр (РОД– 2,0 Гр) + брахітерапія СОД – 35-50 Гр на слизову піхви (MDR).	До 3 До 3	до 14 до70	до 10 % до 30 %	до 1 % до 1 %
Стадія T _{2b} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₃	Комбіноване лікування: – хірургічне лікування – розширена пангістеректомія →поєднана променева терапія: – післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого тазу сумарною осередковою дозою 42-50 Гр (разова осередкова доза – 2,0 Гр) + брахітерапія до сумарної осередкової дози 35-50 Гр на слизову піхви (MDR). При наявності протипоказань до оперативного втручання в стадіях T _{1b-2b} N ₀ -N ₁ M ₀ – курс поєднаної променевої терапії сумарними осередковими дозами 85-90 Гр в т.А, 50-55 Гр	До 3 До 3	до 14 до70	до 10 % до 30 %	до 1 % до 1 %

	<p>на т.В* + контактна променева терапія на слизову піхви до сумарної осередкової дози 35-50 Гр (MDR).</p> <p>* т.В – 5 см. Від центру малого тазу (або 3 см. Від т.А) – зона регіонарного метастадер.</p> <p><i>поліхіміотерапія</i> – доксорубіцин 50 мг/м² + карбоплатин (або цисплатин 50 мг/м²) + циклофосфамід 500 мг/м² (4-6 курсів)</p> <p>- карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + гемцитабін 1000мг/м² в 1 та 8 дні (4-6 курсів)</p> <p>- карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + паклітаксел 175 мг/м² в 1 день (4-6 курсів)</p>				
Стадія T _{3a} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₁₋₃	<p>Комбіноване лікування:</p> <p><i>хірургічне лікування</i> – розширена пангістеректомія +оментектомія, видалення парааортальних лімфатичних вузлів (при наявності їх метастатичного ураження) →</p> <p>– <i>поєднана променева терапія</i>: післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого тазу сумарною осередковою дозою 44 Гр (разова осередкова доза – 2,0Гр) + опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів до сумарної осередкової дози 40 Гр при разовій осередковій дозі 2,0 Гр → брахітерапія до сумарної осередкової дози 35-50 Гр на слизову піхви (MDR);</p> <p>–</p> <p><i>поліхіміотерапія</i> – доксорубіцин 50 мг/м² + карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + циклофосфамід 500 мг/м² (4-6 курсів)</p> <p>- карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + гемцитабін 1000мг/м² в 1 та 8 дні (4-6 курсів)</p> <p>- карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + паклітаксел 175 мг/м² в 1 день (4-6 курсів)</p>	<p>До 3</p> <p>До 3</p>	<p>до 14</p> <p>до70</p>	<p>до 10 %</p> <p>до 30 %</p>	<p>до 1 %</p> <p>до 1 %</p>
Стадія T _{3b} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₁₋₃ ,	<p>при виявленні метастатичного ураження парааортальних лімфатичних вузлів.</p> <p>Комбіноване лікування:</p> <p>– <i>хірургічне лікування</i> – розширена пангістеректомія, видалення парааортальних лімфатичних вузлів, при наявності їх метастатичного ураження→</p> <p>– <i>поєднана променева терапія</i>: післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого тазу сумарною осередковою дозою 45-50 Гр (разова осередкова доза 2,0 Гр) + опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів до сумарної осередкової дози 40 Гр при разовій осередковій дозі 2,0 Гр</p>	<p>До 3</p> <p>До 3</p>	<p>до 14</p> <p>до70</p>	<p>до 10 %</p> <p>до 30 %</p>	<p>до 1 %</p> <p>до 1 %</p>

	<p>→ брахітерапія до сумарної осередкової дози 35-50 Гр на слизову піхви (MDR), → <i>поліхіміотерапія</i> – доксорубіцин 50мг/м² + карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + циклофосфамід 500 мг/м² (4-6 курсів) - карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + гемцитабін 1000мг/м² в 1 та 8 дні (4-6 курсів) - карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + паклітаксел 175 мг/м² в 1 день (4-6 курсів). При наявності протипоказань до оперативного втручання в стадіях T_{3a-3b}N₀-N₁M₀ – <i>самостійний курс поєднаної променевої терапії</i> сумарними осередковими дозами 85-90 Гр в т.А, 55-60 Гр на т.В + дистанційне опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів (при виявленні їх метастатичного ураження) – до сумарної осередкової дози 40 Гр при разовій осередковій дозі 2,0 Гр → контактна променева терапія на слизову піхви до сумарної осередкової дози 35-50 Гр (MDR).</p>				
<p>Стадія T_{4a-4b}N₀-N₁M₀₋₁</p>	<p>– <i>Хірургічне лікування та променева терапія</i> за індивідуальним планом. – <i>Гормонотерапія</i> медроксипрогестерона ацетат 500 мг 2 рази на тиждень – 6 міс.; 500 мг 1 раз на міс. до 3 років разом з тамоксифеном 20 мг на добу. <i>Поліхіміотерапія</i> – доксорубіцин 50мг/м² + карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + циклофосфамід 500 мг/м² (4-6 курсів) - карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + гемцитабін 1000мг/м² в 1 та 8 дні (4-6 курсів) - карбоплатин (або цисплатин 50мг/м²) + паклітаксел 175 мг/м² в 1 день (4-6 курсів). При наявності протипоказань до оперативного втручання (нерезектабельність пухлини, ожиріння, екстрагенітальна патологія, що підвищує ризик оперативного втручання) в стадіях I-IV – <i>самостійний курс променевої терапії</i>. Тактика та сумарні дози, а також поєднання з хіміотерапією визначається залежно від поширеності процесу, стану хворої, наявності технічного та медикаментозного забезпечення клініки.</p>	<p>До 3 До 3</p>	<p>до 14 до70</p>	<p>до 10 % до 30 %</p>	<p>до 1 % до 1 %</p>

Таблиця №3 Перелік оперативних втручань у хворих на рак ендометрію

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	Пангістеректомія	Стадія T _{1a} N ₀ M ₀ Стадія T _{1b} N ₀ M ₀	
	Розширена пангістеректомія	Стадія T _{1b} N ₀ M ₀ (при інвазії міометрію $\geq \frac{1}{2}$, локалізації пухлини в н/3 слизової оболонки матки, G ₂₋₃) Стадія T _{1c-2a} N ₀ M ₀ , G ₂₋₃ T _{2b} N ₀ M ₀ – G ₁ Стадія T _{2b} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₃	
	Розширена пангістеректомія +оментектомія, видалення парааортальних лімфатичних вузлів (при наявності їх метастатичного ураження)	Стадія T _{3a} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₁₋₃ Стадія T _{3b} N ₀ -N ₁ M ₀ G ₁₋₃	

Протипокази до оперативного втручання: Термінальний стан хворої

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
<p>Ад'ювантна променева терапія після радикальних операцій</p>	<p>Стадія T_{1a}N₀M₀ (метод вибору) – 60 Гр в т.А та на контур матки (MDR). Стадія T_{1b}N₀M₀ (метод вибору) – 60 Гр в т.А і 80 Гр по контуру дна матки (MDR). Стадія T_{1b}N₀M₀ Стадія T_{1c-2a}N₀M₀, G₂₋₃ T_{2b}N₀M₀ – G₁ на область малого тазу – разова осередкова доза 2,0 Гр, сумарна – 40-46 Гр; брахітерапія сумарною осередковою дозою 35-50 Гр на слизову піхви (MDR). Стадія T_{2b}N₀-N₁M₀ G₃ на область малого тазу сумарною осередковою дозою 42-50 Гр (РОД – 2,0 Гр) + брахітерапія до сумарної осередкової дози 35-50 Гр на слизову піхви (MDR) Стадія T_{3a}N₀-N₁M₀ G₁₋₃ на область малого тазу СОД 45-50 Гр (РОД –2,0Гр) + опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів до СОД 40 Гр при РОД 2,0 Гр → брахітерапія до СОД 35-50 Гр на слизову піхви (MDR) Стадія T_{3a}N₀-N₁M₀ G₁₋₃, на область малого тазу СОД 45-50 Гр (РОД–2,0 Гр) + опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів до СОД 40 Гр при РОД 2,0 Гр → брахітерапія до СОД 40 Гр на слизову піхви (MDR)</p>	
<p>Самостійна променева терапія</p>	<p>При наявності протипоказань до оперативного втручання в стадіях T_{1a}T_{1b-2b}N₀-N₁M₀ – <i>самостійний курс поєднаної променевої терапії</i> СОД 85-90 Гр в т.А, 50-55 Гр на т.В + контактна променева терапія на слизову піхви до СОД 40 Гр (MDR). При наявності протипоказань до оперативного втручання в стадіях T_{3a-3b}N₀-N₁M₀ – <i>самостійний курс поєднаної променевої терапії</i> СОД 85-90 Гр в т.А, 55-60 Гр на т.В + дистанційне опромінення зони парааортальних лімфатичних вузлів (при виявленні їх метастатичного ураження) – до СОД 40 Гр при РОД 2,0 Гр → контактна променева терапія на слизову піхви до СОД 35-50 Гр (MDR)</p>	

При наявності протипоказань до оперативного втручання (нерезектабельність пухлини, ожиріння, екстрагенітальна патологія, що підвищує ризик оперативного втручання) в стадіях I-IV – *самостійний курс променевої терапії*. Тактика та сумарні дози, а також поєднання з хіміотерапією визначається залежно від поширеності процесу, стану хворої, наявності технічного та медикаментозного забезпечення клініки.

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хімотерапія, гормонотерапія, імунотерапія).

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	доксорубіцин 50мг/м ² + карбоплатин (або цисплатин 50мг/м ²) + циклофосфамід 500 мг/м ² (4-6 курсів)	
	- карбоплатин (або цисплатин 50мг/м ²) + гемцитабін 1000мг/м ² в 1 та 8 дні (4-6 курсів) - карбоплатин (або цисплатин 50мг/м ²) + паклітаксел 175 мг/м ² в 1 день (4-6 курсів).	
	медроксипрогестерона ацетат 500 мг 2 рази на тиждень – 6 міс.; 500 мг 1 раз на міс. до 3 років разом з тамоксифеном 20 мг на добу.	
	<i>Терапія супроводу:</i> протиблювотні, еритропоетини, знеболюючі (ненаркотичні, наркотичні), антибактеріальні засоби.	

Протипокази до медикаментозного лікування: Термінальний стан хворої

**Директор Департаменту
розвитку медичної допомоги**

М.П.Жданова

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я
від 17.09.2007 № 554

Локалізація: Рак шийки матки (код за МКХ-10) С 53

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

		ЛПЗ загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стаціонар спеціалізованої установи
Обстеження первинних хворих	Терміни обстеження	3– 10 днів	До 8 днів	3 дні
	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. гінекологічне ректо-вагінальне дослідження 3. загальний та біохімічний аналіз крові, сечі; 4. кольпоскопія 5. цитологічне дослідження 6. біопсія 7. ультразвукове дослідження 8. роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки та церві кального каналу 9. рентгенографія органів грудної порожнини 10. обстеження на ВІЛ, сифіліс, вірусний гепатит 11. електрокардіографія 	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. гінекологічне ректовагінальне дослідження 3. кольпоскопія, цитологічне дослідження консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ біопсія новоутворення з морфологічним дослідженням (при відсутності морфологічного підтвердження діагнозу) при необхідності фіброгастродуоденоскопія та колоноскопія консультація уролога, цистоскопія, за показами екскреторна урографія комп'ютерна томографія за показами консультація хіміотерапевта, радіолога, анестезіолога та інших фахівців за показами 	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями 3. стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дообстеження
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	Обов'язкові огляди протягом перших 2 років кожні 3 місяці, наступні 2 роки – 2 рази на рік	Обов'язкові огляди на протязі перших 2 років кожні 3 місяці, наступні 2 роки – 2 рази на рік	Обов'язкові огляди на протязі перших 2 років кожні 3 місяці, наступні 2 роки – 2 рази на рік

	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. гінекологічне бімануальне обстеження 3. ультразвукового обстеження органів черевної порожнини, лімфатичних вузлів, малого тазу 4. цитологічне дослідження 5. при необхідності - біопсія 6. комп'ютерна томографія за показаннями 	<p><i>Обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередньому етапі.</i></p>	<p><i>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередніх етапах.</i></p>
<p>Можливі додаткові обстеження (проводяться при достатньому матеріально-технічному забезпеченні закладу)</p>		<p>Обстеження на наявність ВПЛ та інших</p>		

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих на рак шийки матки

Стадії захворювання	ОСБЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
Стадія 0 T _{is} , IA ₁ (інвазія < 3 мм) T _{1a1} N ₀ M ₀	1. Хірургічне лікування –а) конусовидне висічення шийки матки у молодих жінок після відповідного етіопатогенетичного лікування	Амбулаторно	до	до 0,5 %	до %
	б) проста гістеректомія при цервікальній локалізації процесу або інших несприятливих чинниках: фіброміома матки, пухлини додатків	До 3	до 14	до 5 %	до 0,5 %
	2. Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 40 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування).	До 3	до 30	до 10 %	до 0,5 %
Стадія IA ₂ (інвазія 3-5 мм) T _{1a2} N ₀ M ₀	– Хірургічне лікування: екстирпація матки з/без додатків, залежно від віку та наявності супутньої патології (фіброміома матки, пухлини додатків).	До 3	до 14	до 5 %	до 0,5 %
	– Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 50 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування).	До 3	до 40	до 10 %	до 0,5 %
Стадія IB ₁ (< 4 см) T _{1b1} N ₀ M ₀	I. Комбіноване лікування: хірургічне лікування (радикальна гістеректомія за Вертгеймом) з/без додатків → при наявності негативних факторів прогнозу (низько диференційована форма, лімфосудинна інвазія) –ад’ювантна дистанційна променева терапія на область малого тазу СОД40 Гр (РОД1,8-2,0 Гр 5 разів на тиждень).	До 3	до 14	до 10 %	до 1 %
	II. Поєднана променева терапія – метод вибору (дистанційна променева терапія – 40 Гр на т.В, внутрішньопорожнинна променева терапія 50 Гр на т.А (MDR).	До 3	до70	до 30 %	до 1 %
Стадія IB ₂ . IIA (III) T _{1b2-2a} N ₀₋₁ M ₀	I. Комбіноване лікування: – доопераційна внутрішньопорожнинна променева терапія: РОД 10 Гр на т.А, сумарна – 20 Гр за 2 фракції з інтервалом 7 днів → через 24-48 годин хірургічне лікування (радикальна гістеректомія за Вертгеймом); – при неможливості проведення внутрішньопорожнинної променевої терапії – доопераційне хіміопроменево лікування (дистанційне опромінення малого тазу РОД2 Гр 5 разів на тиждень СОД 30 Гр за 15 фракцій на фоні флуороурацилу 170 мг/м ² внутрішньовенно болюсно за 15-30 хвилин до	До 3	до 28 до 21	до 10 % до 30%	до 1 % до 1%

	<p>лікування) .</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>хірургічне лікування</i> (через 2-3 тижні) радикальна гістеректомія за Вертгеймом – <i>післяопераційна дистанційна променева терапія</i> на область малого тазу сумарною дозою 40 Гр (разова осередкова доза 1,8-2,0 Гр 5 разів на тиждень) показана у випадках лімфосудинної інвазії, інвазії пухлини у підлеглі тканини більше 1/3 товщини шийки матки, низько диференційованої форми. <p>При наявності метастазів у видалених тазових лімфатичних вузлах – післяопераційне опромінення призначається у СОД – 50-55 Гр, а при наявності інших чинників несприятливого перебігу (лімфосудинна інвазія, первинна розповсюдженість процесу, низько диференційована форма) можливе проведення 3-4 курсів ад'ювантної хімотерапії препаратами платини, доксорубіцином, блеоцином, етопозидом та іншими.</p> <p>II. Поєднана променева терапія – альтернативний метод лікування (дистанційна променева терапія – 15 Гр на т.ОАВ, 40 Гр на т.В (можливо на фоні радіомодифікаторів), внутрішньопорожнинна променева терапія 50 Гр на т.А (MDR), або сумарними дозами – 75 Гр на т.А, 65 Гр на т.В (при наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів – (MDR).</p> <p>При несприятливому перебігу (низько диференційований рак, цервікальна форма, великий об'єм первинної пухлини, вік до 50 років, метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів) показана хіміопроменева терапія як в плані радикального курсу поєднаної променевої терапії, так і комбінованого лікування (неoad'ювантна та ад'ювантна).</p>	До 3	До 14 До 40 До 70	По 10% До 10% до 30 %	До 1% До 0,5% до 1 %
Стадія IIB T _{2b} N ₀ - ₁ M ₀	<p>I. Поєднана променева терапія: <i>дистанційна променева терапія</i> (можливо на фоні радіомодифікаторів) сумарними осередковими дозами 15 Гр на т.ОАВ, 42-44 Гр на т.В, <i>внутрішньопорожнинна променева терапія</i> – 50 Гр на т.А (MDR) або, при наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів, сумарними дозами 75 Гр на т.А, 65 Гр на т.В (MDR).</p> <p>II. Комбіноване лікування: (при наявності фіброміоми матки, пухлинних і запальних уражень додатків та неможливості проведення внутрішньопорожнинної променевої терапії):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>доопераційне хіміопроменеве лікування</i> (дистанційне опромінення малого тазу разовою осередковою дозою 2 Гр 5 разів на тиждень сумарно до 30 Гр за 15 фракцій на фоні 5-флуороурацилу 170 мг/м² внутрішньовенно болюсно за 15-30 	До 3	До 70 До 21	до 30% до 30%	до 1 % До 1%

	<p>хвилин до лікування. При наявності матеріально – технічного забезпечення лікувального закладу можливо проведення неoad'ювантної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії (препарати платини, доксорубіцин, блеоцин, етопозид, циклофосфамід).</p> <p>– <i>хірургічне лікування</i> через 2-3 тижні (радикальна гістеректомія за Вертгеймом)</p> <p>В окремих випадках (наявність пухлинних клітин по краях макропрепарату та прогностично несприятливих гістологічних формах раку шийки матки) можливе додаткове післяопераційне дистанційне опромінення малого тазу до СОД 50 Гр з урахуванням дози від передопераційної променевої терапії (2,0 Гр за фракцію), а також контактна променева терапія СОД 40 Гр на слизову піхви. При плануванні післяопераційної променевої терапії слід враховувати толерантність оточуючих органів (уретра, сечовий міхур, пряма кишка):</p> <p>При несприятливому перебігу (низько диференційований рак, цервікальна форма, великий об'єм первинної пухлини, вік до 50 років, метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів) показана хіміопроменева терапія як в плані радикального курсу поєднаної променевої терапії, так і комбінованого лікування (неoad'ювантна та ад'ювантна)</p>		До 14	До 10%	До 1%
Стадія IIIA T _{3a} N ₀ M ₀	<p>I. Поєднана променева терапія (можливо на фоні радіомодифікаторів) – сумарними осередковими дозами 80-85 Гр на т.А, 65 Гр на т.В, (MDR).</p> <p>При показаннях – <i>контактна променева терапія</i> на слизову середньої та нижньої 1/3 піхви.</p> <p>При наявності негативних факторів прогнозу – <i>ад'ювантна</i> хіміотерапія:</p> <p>монохіміотерапія – блеоміцин 300 мг сумарно, або (3-4 курсів):</p> <p>цисплатин 100 мг/м² блеоміцин 40 мг/м² етопозид 130 мг/м² та інші схеми.</p>	До 3	До 70	До 30%	До 1%
Стадія IIIB T _{3b} N ₀ M ₀	<p>I. Поєднана променева терапія: (можливо на фоні радіомодифікаторів) – сумарними осередковими дозами 80-85 Гр в т.А, 65 Гр на т.В, (MDR).</p> <p>При наявності негативних факторів прогнозу – <i>ад'ювантна</i> хіміотерапія:</p> <p>монохіміотерапія – блеоміцин 300 мг сумарно, або (3-4 курсів):</p> <p>цисплатин 100 мг/м² блеоміцин 40 мг/м² етопозид 130 мг/м² та інші схеми.</p>	До 3	До 70	До 30%	До 1%

<p>Стадія III T_{3a-b}N₁M₀</p>	<p>I. Поєднана променева терапія (можливо на фоні радіомодифікаторів) – сумарними осередковими дозами 80-85 Гр в т.А, 65 Гр на т.В, (MDR). При відсутності протипоказань – <i>ад'ювантна</i> хіміотерапія: монохіміотерапія – блеоміцин 300 мг сумарно, або (3-4 курсів): цисплатин 100 мг/м² блеоміцин 40 мг/м² етопозид 130 мг/м² та інші схеми.</p>	<p>До 3</p>	<p>До 70</p>	<p>До 30%</p>	<p>До 1%</p>
<p>Стадія T₄, будь-яке T при M₁</p>	<p><i>I. Паліативні курси поліхіміотерапії:</i> 1. Блеоміцин 300 мг (монохіміотерапія) або дво- або трикомпонентні платиновмісні: Цисплатин 100 мг/м² Блеоміцин 60 мг/м² Етопозид 200 мг/м² 2.САР Цисплатин 100 мг/м² кожні 3 тижні Доксорубіцин 50 мг/м² Циклофосфамід 1000 мг/м² 3.РС Цисплатин 100 мг/м² кожні 3 тижні Циклофосфамід 1000 мг/м² <i>II. Паліативні курси променевої терапії та поліхіміотерапії при відсутності протипоказань та доцільності їх застосування.</i></p>				

Таблиця №3 Перелік оперативних втручань у хворих на рак шийки матки

	Вид операції	Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	конусовидне висічення шийки матки у молодих жінок після відповідного етіопатогенетичного лікування або проста гістеректомія при цервікальній локалізації процесу або інших несприятливих чинниках: (фіброміома матки, пухлини додатків)	Стадія 0 T _{is} , IA ₁ (інвазія < 3 мм) T _{1a1} N ₀ M ₀	
	екстирпація матки з/без додатків, залежно від віку та наявності супутньої патології (фіброміома матки, пухлини додатків)	Стадія IA ₂ (інвазія 3-5 мм) T _{1a2} N ₀ M ₀	
	радикальна гістеректомія за Вертгеймом з/без додатків	Стадія IB ₁ (< 4 см) T _{1b1} N ₀ M ₀	
	радикальна гістеректомія за Вертгеймом	Стадія IB ₂ . IIA (III) T _{1b2-2a} N ₀₋₁ M ₀ Стадія IIB T _{2b} N ₀₋₁ M ₀	
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	Трахелектомія		

Протипокази до оперативного втручання: Термінальний стан хворої

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Доопераційна променева терапія	РОД 10 Гр на т.А, СОД– 20 Гр за 2 фракції з інтервалом 7 днів	
Ад’ювантна терапія після після радикальних операцій	<p>на область малого тазу сумарно до 40 Гр (разова осередкова доза 2,0 Гр 5 разів на тиждень). Поєднана променева терапія – метод вибору (дистанційна променева терапія – 40 Гр на т.В, внутрішньопорожнинна променева терапія 50 Гр на т.А (MDR). Поєднана променева терапія – альтернативний метод лікування (дистанційна променева терапія – 15 Гр на т.ОАВ, 40 Гр на т.В (можливо на фоні радіомодифікаторів), внутрішньопорожнинна променева терапія 50 Гр на т.А (MDR), або СОД– 75 Гр на т.А, 65 Гр на т.В (при наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів – (MDR).</p> <p>Поєднана променева терапія: <i>дистанційна променева терапія</i> (можливо на фоні радіомодифікаторів) сумарними осередковими дозами 15 Гр на т.ОАВ, 42-44 Гр на т.В, <i>внутрішньопорожнинна променева терапія</i> – 50 Гр на т.А (MDR) або, при наявності метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів, сумарними дозами 75 Гр на т.А, 65 Гр на т.В (MDR). В окремих випадках (наявність пухлинних клітин по краях макропрепарату та прогностично несприятливих гістологічних формах раку шийки матки) можливе додаткове післяопераційне дистанційне опромінення малого тазу до сумарної осередкової дози 50 Гр з урахуванням дози від передопераційної променевої терапії (1,8-2,0 Гр за фракцію), а також контактна променева терапія сумарною осередковою дозою 40 Гр на слизову піхви. При плануванні післяопераційної променевої терапії слід враховувати толерантність оточуючих органів (уретра, сечовий міхур, пряма кишка</p>	
Самостійна променева терапія	<p>Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 40 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування). Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 50 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування).. Поєднана променева терапія (можливо на фоні радіомодифікаторів) – сумарними осередковими дозами 80-85 Гр на т.А, 65 Гр на т.В, (MDR). При показаннях – <i>контактна променева терапія</i> на слизову середньої та нижньої 1/3 піхви.</p>	
Променева терапія в схемах хіміопроменевого лікування	дистанційне опромінення малого тазу разовою осередковою дозою 2 Гр 5 разів на тиждень сумарно до 30 Гр за 15 фракцій на фоні флуороурацилу 170-340 мг/м ² внутрішньовенно болюсно за 15-30 хвилин до лікування	

Протипокази до променевого лікування: Термінальний стан хворої

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хімотерапія, гормонотерапія, імунотерапія).

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	1.блеоміцин 300 мг сумарно,	
	2.дво- або трикомпонентні платиновмісні: Цисплатин 100 мг/м ² Блеоміцин 60 мг/м ² Етопозид 130 мг/м ² з інтервалом 3 тижні	
	2.САР Цисплатин 100 мг/м ² кожні 3 тижні Доксорубіцин 50 мг/м ² Циклофосфамід 1000 мг/м ² 3.РС Цисплатин 100 мг/м ² кожні 3 тижні Циклофосфамід 1000 мг/м ²	
Додатковий перелік схем (можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні закладу)	неoad'ювантна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія (препарати платини, доксорубіцин, блеоцин, етопозид, циклофосфамід).	

Протипокази до медикаментозного лікування: Термінальний стан хворої

**Директор Департаменту
розвитку медичної допомоги**

М.П.Жданова

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я
від 17.09.2007 № 554

Локалізація: Яєчник (код за МКХ-10) С 56

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

		ЛПЗ загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стаціонар спеціалізованої установи
ня перв инни	Х Терміни обстеження	3– 10 днів	До 7 днів	3 дні

	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез хвороби та життя 2. фізикальне обстеження 3. гінекологічне ректо-вагінальне дослідження 4. загальний та біохімічний аналіз крові, сечі 5. кольпоскопія 6. цитологічне дослідження 7. ультразвукове дослідження 8. діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу та порожнини матки 9. пухлинний маркер СА-125 10. обстеження на вірус імунодефіциту людини, вірусний гепатит, сифіліс 11. електрокардіографія 12. рентгенографія органів грудної клітки 13. за показаннями цитологічне дослідження асцитичної рідини 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез хвороби та життя 2. фізикальне обстеження 3. гінекологічне ректо-вагінальне дослідження 4. Дослідження молочних залоз, щитовидної залоз 5. фіброгастроуденоскопія 6. колоноскопія 7. УЗД органів черевної порожнини 8. огляд уролога, цистоскопія 9. екскреторна урографія 10. комп'ютерна томографія 11. пухлинний маркер СА-125 та інші пухлинні маркери за показаннями 12. консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ (у хворих оперованих в ЛПЗ) 13. за показаннями цитологічне дослідження асцитичної рідини 14. консультація хіміотерапевта, радіолога, анестезіолога та інших фахівців за показаннями 	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями 3. стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного до обстеження 4. консиліум
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	Обов'язкові огляди кожні 3 місяці протягом першого року, наступні 2 роки – 2 рази на рік, із застосуванням спеціальних обстежень		
	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фізикальне і гінекологічне обстеження 2. ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, заочеревини та малого тазу та регіонарних лімфатичних вузлів 3. пухлинні маркери 4. за показаннями КТ 	<i>Обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередньому етапі.</i>	<i>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення, даних отриманих на попередніх етапах.</i>

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих на рак яєчника

Стадії захворювання	ОБСЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ%	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
Стадії IA, B G₁-G₂, (крім світлоклітинного гістотипу):	<p><i>Хірургічне втручання:</i> 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><i>Консервативна тактика (як виключення):</i> у молодих хворих на рак яєчників IA стадії, які бажають зберегти фертильність, при високодиференційованих карциномах (G₁): однобічна аднексектомія, оментектомія → ретельне диспансерне спостереження → після народження дитини або закінчення дітородного віку → операція в повному обсязі.</p>	До 4	до 10-12	до 2 %	до %
Стадії IA, B G₃, 1C, IIA, B, C, всі стадії світлоклітинного раку	<p><i>Хірургічне втручання:</i> екстирпація матки з додатками та резекція великого сальника, комбіновані операції + ад'ювантна хіміотерапія I лінії (див. в таблиці №5)</p> <p>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 II лінії (див. в таблиці №5).</p> <p>При наявності асцити - парацентез, встановлення в черевну порожнину катетера для евакуації асцити та</p>	До 4	до 16	до 10 %	до 1 %

	<p>проведення ендобдомінальної ХТ.</p> <p>При лікуванні хворих з ексудативним плевритом ефективні похідні платини, а також препарати, що вводяться ендобдомінально або внутрішньоплеврально.</p>				
Стадії III-IV	<p>циторедуктивна операція (екстирпація або надпівхова ампутація матки з додатками, оментектомія, видалення, по можливості, всіх інших осередків пухлини: в черевній порожнині, заочеревинному просторі, лімфатичних вузлах) → 6 курсів хіміотерапії I 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 асциту - неoad'ювантна хіміотерапія 2-3 курси з наступним вирішенням питання щодо операції.</p>	до 4	до 21	до 20 %	до 2 %
Лікування хворих на рецидиви раку яєчників	<p>Хіміотерапія за схемами, що проводились при первинному лікуванні, доцільна у випадках, коли інтервал до рецидиву тривав понад 6 місяців. У випадках, коли прогресування пухлинного процесу почалось під час первинного лікування або до 6 місяців після його закінчення, необхідна зміна режиму хіміотерапії. Якщо на першому етапі не використовувалися таксани, доцільне їх застосування. В інших випадках застосовують хіміотерапію II лінії.</p> <p>Повторні циторедуктивні операції доцільні при подальшому прогресуванні пухлинного процесу: наявності локалізованого пухлинного вузла, молодому віці хворої і тривалості безрецидивного періоду після закінчення хіміотерапії понад 12 місяців. В інших випадках можлива променева терапія на область пухлини, разова осередкова доза 2 Гр до сумарної осередкової дози 40-50 Гр.</p>	до 4	до 21	до 20 %	до 5 %

Таблиця №3 Перелік оперативних втручань у хворих на рак яєчника

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	пангістеректомія та оментектомія з гістологічним дослідженням всієї вилученої пухлини	граничні пухлини яєчників	
	однобічна сальпінго-оваріоектомія та оментектомія	При I стадії захворювання, та бажанні хворої зберегти репродуктивну функцію	
	екстирпація матки з додатками, резекція великого сальника	Стадії IA,B G ₁ -G ₂ , (крім світлоклітинного гістотипу): Стадії IA,B G ₃ , 1C, IIA,B,C, всі стадії світлоклітинного раку	
	циторедуктивна операція (екстирпація, або надпівхова ампутація матки з додатками, оментектомія, видалення, по можливості, всіх інших осередків пухлини: в черевній порожнині, заочеревинному просторі, лімфатичних вузлах. При показаннях – комбіновані хірургічні втручання	Стадії III-IV	
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	Комбіновані хірургічні втручання (парааортальна лімфаденектомія, резекції кишечника, печінки, спленектомія, перитонектомія та інші)		

Протипокази до оперативного втручання: Термінальний стан хворої

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення.

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
---------------	---	--------------------------

Променева терапія в схемах хіміопроменевого лікування	На залишкову пухлину, разова осередкова доза 2 Гр до сумарної осередкової дози до 35-50 Гр, та на метастази в лімфатичні вузли (надключичні, середостіння, заочеревинні, пахвинні та ін.).	
---	--	--

Протипокази до променевого лікування:

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія).

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів		Особливості використання
Основний перелік схем медикаментозного лікування.	<p>Хіміопрепарати I лінії.</p> <p>Монохіміотерапія:</p> <p>Цисплатин - 75-100 мг/м² в/в крапельно з гідратацією і форсованим діурезом кожні 3 тижні.</p> <p>Карбоплатин в/в крапельно кожні 4 тижні*. *Примітка.</p> <p>Враховуючи значну відмінність площі під фармакокінетичною кривою кліренсу креатиніна (AUC) у хворих з нормальною і порушеною нирковою функцією, рекомендується розрахунок дози карбоплатину проводити по формулі: доза карбоплатина = AUC×(кліренс креатиніна +25)</p> <p>Кліренс креатиніна = K×(140-вік) × маса тіла(кг)/ креатиніна сироватки крові(моль) (Concroft&Gault, 1978)</p> <p>K=1,05 для жінок</p> <p>AUC площа під кривою – при використанні карбоплатина в комбінаціях рівна 4-6, при монохіміотерапії - 5-7.</p>	
	<p>Комбінована хіміотерапія</p> <p>CP. Цисплатин - 75 мг/м² в 1-й день або 20 мг/м²/ добу впродовж 5 днів, циклофосфамід - 600-750 мг/м² в 1й день, кожні тижні.</p> <p>CC. Циклофосфамід - 600 мг/м² в/в в 1 -й день, карбоплатин в/в в 1-й день, кожні 3-4 тижні.</p> <p>CAP. Цисплатин - 75 мг/м² в/в в 1 -й день, доксорубіцин - 40-50 мг/м² в/в в 1-й день, циклофосфамід - 600 мг/м² в/в в 1 -й день, кожні 3 тижні.</p>	

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 II лінії.

Після евакуації ексудату з плевральної порожнини: цисплатин 40-50мг, тіофосфамід - 20-40 мг, флуороурацил - 0,75-1 г (або їх комбінація), блеоміцин — 30-60 мг, мітоксантрон — 25-50 мг.

Хіміопрепарати II лінії:

Монохіміотерапія:

Доксорубіцин - 75- 100 мг/ м² в/в 1 раз в 3 тижні.

Паклітаксел – 175 мг/м² 3-год в/в інфузією кожні 3 тижні з премедикацією кортикостероїдами, антигістамінними препаратами і блокаторами H₂-гістамінних рецепторів: 20 мг дексаметазону всередину або в/м за 12 і 6 годин та 300 мг циметидіна або 50 мг ранітідіна і 50 мг димедролу в/в за 30-60 хв до введення. Необхідно використовувати спеціальні інфузійні системи, що не містять полівінілхлорид.

Доцетаксел - 75-100 мг/м² 1-год в/в інфузія кожні 3 тижні

Оксаліплатин - 135 мг/м² в/в 2-год інфузія кожні 3 тижні, розчиняти в 5 % розчині глюкози.

Доксорубіцин ліпосомальний 50 мг/м² в/в кожні 3 тижні

Вінорельбін - 25-30 мг/м² в/в щотижнево впродовж 8-10 тижнів.

Гемцитабін - 800-1250 мг/м² в/в в 1,8,15-й день 28-денного циклу.

Топотекан - 1,5-2 мг/м²/добу впродовж 5 днів в/в 30-хв інфузія кожн 3 тижні.

Іринотекан - 250-350 мг/м² 30-хв в/в інфузія кожні в 3 тижні.

Мелфалан 0,2 мг/кг/добу 3р/добу per os впродовж 5 днів кожні 4-8 тижні

Комбінована хіміотерапія:

схема TP: Паклітаксел - 175 мг/м² 3-годинна в/в інфузія з премедикацією, цисплатин - 75 мг/м² в/в крапельно з гідратацією кожні 3 тижні.

або: Паклітаксел - 175 мг/м² 3-годинна в/в інфузія з премедикацією+ карбоплатин

DC: Доцетаксел - 75 мг/м² в 1 -й день + карбоплатин або цисплатин - 75 мг/м² в 1-й день кожні 3 тижні.

Неха-CAF: Гексаметилмеламін – 150 мг/м² всередину щоденно з 1 по 14-й день.

Циклофосфамід - 150 мг/м² всередину щоденно з 1 по 14-й день. Метотрексат - 40 мг/м² в/в в 1-й і 8-й день. Флуороурацил - 600 мг/м² в/в в 1-й або 8й день кожні 4 тижні.

IP: Іфосфамід - 3000-4000 мг/м² в/в (+ месна) в 1-й день, цисплатин - 60 мг/м² в/в в 1й день, кожні 4 тижні.

GP: Гемцитабін - 1000 мг/м² в 1, 8, 15й день, цисплатин - 75 мг/м² в 1-й або 8-й день,

<p>Хіміопрепарати, які використовуються для лікування герміногенних пухлин яєчника</p>	<p>Схеми 1-й лінії хіміотерапії</p> <p>ВЕР: Блеоміцин - 30 мг в/в або в/м 1 раз на тиждень впродовж 12 тижнів.</p> <p>Етопозид (VP-16) - 100 мг/м² в/в крапельно щоденно з 1-го по 5-й день. Цисплатин - 20 мг/м² в/в крапельно щоденно з 1-го по 5-й день, кожні 3 тижні.</p> <p>PVB або VBC: Вінбластин - 3 мг/м² в/в в 1-й і 2-й день. Блеоміцин - 15 мг/м² щоденно безперервною в/в інфузією протягом 24 годин в 1, 2 і 3-й день, цисплатин - 20 мг/м² в/в крапельно в 4, 5, 6, 7, 8-й дні, кожні 3 тижні.</p> <p>VPIC: Етопозид - 100 мг/м² в/в крапельно в 1, 2 і 3-й день, іфосфамід - 1500 мг/м² в/в крапельно щоденно з 1-го по 5-й день з месною в стандартному режимі, цисплатин - 20 мг/м² в/в крапельно щоденно з 1-го по 5-й день, кожні 3 тижні.</p> <p>VI: Етопозид - 100 мг/м² в/в крапельно з 1-го по 3-й день. Іфосфамід - 1500 мг/м² в/в крапельно щоденно з 1-го по 5-й день з месною в стандартному режимі.</p> <p>Схема хіміотерапії 2-й лінії</p> <p>VAC: Вінбластин - 3 мг/м² в/в в 1-й і 2-й день. Дактіноміцин - 0,5 мг/м² в/в в 1, 2 і 3-й день, циклофосфамід - 800 мг/м² в/в в 3-й день</p>	
<p>Терапія супроводу:</p>	<p><i>Терапія супроводу:</i> специфічні антидоти (кальцію фолінат), протиблювотні (метоклопрамід, ондансетрон, тропісетрон), радіопротектори (аміфостин), колонієстимулюючі чинники за показаннями, цефарансин, еритропоетини, знеболюючі (ненаркотичні, наркотичні), антибактеріальні засоби..</p>	
<p>Додатковий перелік схем (можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні закладу)</p>	<p>При достатньому матеріально-технічному забезпеченні лікувального закладу: хіміотерапія I лінії схема TP:</p> <p>Паклітаксел - 175 мг/м² 3-годинна в/в інфузія з премедикацією, цисплатин - 75 мг/м² в/в крапельно з гідратацією кожні 3 тижні.</p> <p>Використання біотерапії, антиангіогенних чинників.</p> <p>Терапія супроводу: етіол .</p>	

Протипокази до медикаментозного лікування: термінальний стан хворих,

**Директор Департаменту
Розвитку медичної допомоги**

М. П. Жданова

Затверджено
наказ Міністерства охорони здоров'я
від 17.09.2007 № 554

Локалізація Трофобластична хвороба вагітності (код за МКХ-10) С58

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

		ЛПЗ загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стационар спеціалізованої установи
Обстеження первинних хворих	Терміни обстеження	3– 10 днів	до 3 днів	3 дні
	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. гінекологічне ректо-вагінальне дослідження 3. загальний та біохімічний аналіз крові, сечі; 4. кольпоскопія 5. ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і малого тазу 6. визначення рівня ХГЧ 7. роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу (при міхуровому заносі евакуація вмісту порожнини матки шляхом вакуум аспірації з наступним вишкрібанням стінок матки) 8. рентгенографія органів грудної порожнини (у хворих на міхуровий занос після евакуації пухлини) 9. обстеження на ВІЛ, сифіліс, вірусний гепатит 10. електрокардіографія 	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. гінекологічне ректовагінальне дослідження 3. консультація морфологічних препаратів з ЛПЗ (у 2,1 % випадків морфологічної верифікації не має) 4. УЗД з кольоровим енергетичним доплерівським картуванням органів черевн 5. ої порожнини і малого тазу 6. визначення рівня ХГЧ 7. комп'ютерна томографія (за показаннями) 8. консультація хіміотерапевта, радіолога, анестезіолога та інших фахівців за показами 	<ol style="list-style-type: none"> 1. фізикальне обстеження 2. контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями 3. стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного до обстеження 4. визначення рівня ХГЧ щотижня в процесі лікування
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	Трофобластична хвороба вагітності I,II,III ст. з низьким ризиком розвитку резистентності кожні 3 місяці протягом 1-ого року, кожні 6 місяців - протягом 2-ого року. Трофобластична хвороба вагітності Iст. з високим ризиком розвитку резистентності кожні 3 місяці протягом 1-ого року, кожні 6 місяців - протягом 2-ого та 3-ого років. Трофобластична хвороба вагітності II-IVст. кожний місяць протягом 6 місяців після лікування; потім кожні 3 місяці. В усіх випадках передчасного настання вагітності питання про можливість її доношування вирішується індивідуально.		

	Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none">1. Фізикальне і гінекологічне обстеження2. визначення рівня ХГЧ3. ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і малого тазу4. рентгенографія ОГП5. за показами КТ	<i>Обстеження проводиться при необхідності уточнення даних, отриманих на попередньому етапі.</i>	<i>Поглиблене обстеження проводиться при необхідності уточнення Даних отриманих на попередніх етапах.</i>
--	-----------------	--	--	---

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих на трофобластичну хворобу вагітності

Стадії захворювання	ОСБЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
Трофобластична хвороба вагітності I, II, III ст. з низьким ризиком розвитку резистентності захворювання	<p><i>Хірургічне втручання</i> – вишкрібання стінок матки у випадку кровотечі, що не зупиняється консервативним шляхом, або залишковій пухлинній тканині в порожнині матки (за даними УЗД)</p> <p><i>Хіміотерапія (системна):</i></p> <p>1.Метотрексат 50 мг/м² внутрішньовенно щотижня</p> <p>2.При порушеннях функції нирок або печінки дактиноміцин 0,3 мг/м² (не більше 0,5мг) внутрішньовенно з 1-го по 5-й день; інтервал між курсами 2 тижні.</p>	До 4	до 30	до 20 %	до 1 %
Трофобластична хвороба вагітності з високим ризиком розвитку резистентності	<p><i>Хірургічне втручання</i> –</p> <p>1. Вишкрібання стінок матки у випадку кровотечі, що не зупиняється консервативним шляхом.</p> <p>2. Пангістеректомія у випадку профузної кровотечі або у жінок старших 40 років, які не бажають зберегти репродуктивну функцію.</p> <p>3. Резекція хіміорезистентних пухлинних вогнищ.</p> <p><i>Хіміотерапія- Системна поліхіміотерапія</i></p> <p>1-а лінія -режим ЕМА-СО</p> <p>Курс 1 ЕМА</p> <p>1-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. метотрексат 100 мг/м² внутрішньовенно болюсно метотрексат 200 мг/м² внутрішньовенно 12-ти годинна інфузія</p> <p>2-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв.</p> <p>(у хворих з метастазами у мозок 12,5мг метотрексату інтратекально) кальцію фолінат 30мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово або</p> <p>per os кожні 12 годин (4 дози) через 24 години після початку введення метотрексату.</p> <p>Курс 2 СО</p> <p>8-ий день – вінкрістин 1,0 мг/м² внутрішньовенно болюсно</p>	До 4	до 30	до 20 %	до 5 %

	<p>(максимальна доза 2,0 мг) циклофосфамід 600 мг/м² внутрішньовенно інфузія протягом 20 хвилин Курси повторюються в 15, 16 і 22 день (кожні 2 тижні). 2-а лінія – режим ЕМА-РЕ Курс 1 ЕМА 1-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. метотрексат 100 мг/м² внутрішньовенно болюсно метотрексат 200 мг/м² внутрішньовенно 12-ти годинна інфузія 2-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. (у хворих з метастазами у мозок 12,5мг метотрексату інтратекально) кальцію фолінат 30мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово або per os кожні 12 годин (4 дози) через 24 години після початку введення метотрексату. Курс 2 РЕ 8-ий день – цисплатин 60 мг/м² внутрішньовенно етопозид 100 мг/м² внутрішньовенно Курси повторюються в 15, 16 і 22 день (кожні 2 тижні). <i>Терапія супроводу:</i> специфічні антидоти (кальцію фолінат), протиблювотні, колонієстимулюючі (за показаннями), знеболюючі (ненаркотичні, наркотичні) за показаннями, антибактеріальні засоби (за показаннями).</p>				
--	---	--	--	--	--

Таблиця №3 Перелік оперативних втручань

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	вишкрібання стінок матки	Трофобластична хвороба вагітності I, II, III ст. з низьким ризиком розвитку резистентності захворювання; Трофобластична хвороба вагітності з високим ризиком розвитку резистентності	
	видалення метастазу у піхву	Трофобластична хвороба вагітності II ст.	
	Пангістеректомія	Трофобластична хвороба вагітності з високим ризиком розвитку резистентності	
	Резекція хіміорезистентних пухлинних вогнищ	Трофобластична хвороба вагітності з високим ризиком розвитку резистентності	
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	за показами ангиографія	Трофобластична хвороба вагітності I, II ст. з високим або низьким ризиком розвитку резистентності з інвазією міометрія (пухлина в міометрії ≥ 3 см)	

Протипокази до оперативного втручання: термінальний стан хворої

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Променева терапія в схемах хіміопроменевого лікування	Має тільки допоміжне значення при хіміорезистентних солідних метастазах в головний мозок, печінку, легені. Проводиться на фоні хіміотерапії разовою вогнищевою дозою 2 Гр до сумарної осередкової дози 30 Гр.	

Має тільки допоміжне значення при хіміорезистентних солідних метастазах в головний мозок, печінку, легені. Проводиться на фоні хіміотерапії разовою вогнищевою дозою 2 Гр до сумарної осередкової дози 30 Гр.

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія)

Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
<p><i>Хіміотерапія (системна):</i> 1.Метотрексат 50 мг/м² внутрішньовенно щотижня 2.При порушеннях функції нирок або печінки дактиноміцин 0,3 мг/м² (не більше 0,5мг) внутрішньовенно з 1-го по 5-й день; інтервал між курсами 2 тижні.</p>	
<p><i>Системна поліхіміотерапія</i> 1-а лінія -режим ЕМА-СО Курс 1 ЕМА 1-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно</p> <p>етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. метотрексат 100 мг/м² внутрішньовенно болюсно метотрексат 200 мг/м² внутрішньовенно 12-ти годинна інфузія 2-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. (у хворих з метастазами у мозок 12,5мг метотрексату інтратекально)</p> <p>кальцію фолінат 30мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово або рег ос кожні 12 годин (4 дози) через 24 години після початку введення метотрексату.</p> <p>Курс 2 СО 8-ий день – вінкрестин 1,0 мг/м² внутрішньовенно болюсно (максимальна доза 2,0 мг) циклофосфамід 600 мг/м² внутрішньовенно інфузія протягом 20 хвилин Курси повторюються в 15, 16 і 22 день (кожні 2 тижні). 2-а лінія – режим ЕМА-РЕ</p>	

	<p>Курс 1 ЕМА</p> <p>1-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. метотрексат 100 мг/м² внутрішньовенно болюсно метотрексат 200 мг/м² внутрішньовенно 12-ти годинна інфузія</p> <p>2-ий день – дактиноміцин 0,5 мг внутрішньовенно болюсно етопозид 100 мг/м² в 200 мл N/S 30 хв. (у хворих з метастазами у мозок 12,5мг метотрексату інтратекально)</p> <p>кальцію фолінат 30мг внутрішньовенно, внутрішньом'язово або per os кожні 12 годин (4 дози) через 24 години після початку введення метотрексату.</p> <p>Курс 2 РЕ</p> <p>8-ий день – цисплатин 60 мг/м² внутрішньовенно етопозид 100 мг/м² внутрішньовенно</p> <p>Курси повторюються в 15, 16 і 22 день (кожні 2 тижні).</p>	
	<p><i>Терапія супроводу:</i> специфічні антидоти (кальцію фолінат), протиблювотні, колонієстимулюючі (за показаннями), знеболюючі (ненаркотичні, наркотичні) (за показаннями), антибактеріальні засоби (за показаннями)</p>	

Протипокази до медикаментозного лікування: термінальний стан хворої

**Директор Департаменту
розвитку медичної допомоги**

М.П.Жданова