

Локальний протокол надання медичної допомоги на рак шийки матки

Положення локального протоколу медичної допомоги	Необхідні дії відповідно до стандарту	Строки виконання	Виконавці	Індикатори якості медичної допомоги
Диспансерне відділення СОКОД	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 фіброгастроуденоскопія та колоноскопія консультація уролога, цистоскопія, за показами екскреторна урографія комп'ютерна томографія за показами 4. Междисциплінарний онкологічний консіліум.	До 8 днів	Лікар гінеколог диспансерного відділення Завідувач диспансерним відділенням	5 річна виживаність 71,2%
Стаціонар спеціалізованої установи	1. фізикальне обстеження 2. контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями 3. стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дообстеження	3 дні	Лікуючий лікар. Завідувач відділення	
Лікування: 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 б) проста гістеректомія при цервікальній локалізації процесу або інших несприятливих чинниках: фіброміома матки, пухлини додатків 2. Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 40 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування).	до 14 до 30	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1	

<p>Стадія ІА₂ (інвазія 3-5 мм) T_{1a2}N₀M₀</p>	<p>Хірургічне лікування: екстирпація матки з/без додатків, залежно від віку та наявності супутньої патології (фіброміома матки, пухлини додатків). Внутрішньопорожнинна променева терапія (метод вибору) – 50 Гр на т.А (MDR) (при соматичних протипоказаннях до хірургічного лікування).</p>	<p>до 14 до 40</p>	<p>Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1</p>	
<p>Стадія ІВ₁ (< 4 см) T_{1b1}N₀M₀</p>	<p>І. 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). ІІ. Поєднана променева терапія – метод вибору (дистанційна променева терапія – 40 Гр на т.В, внутрішньопорожнинна променева терапія 50 Гр на т.А (MDR).</p>	<p>до 14 до 70</p>	<p>Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1</p>	
<p>Стадія ІВ₂ . ПА (ІІІ) T_{1b2-2a} N₀₋₁M₀</p>	<p>І. 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 хіміопроменеве лікування (дистанційне опромінення малого тазу РОД2 Гр 5 разів на тиждень СОД 30 Гр за 15 фракцій на фоні флуороурацилу 170 мг/м² внутрішньовенно болюсно за 15-30 хвилин до лікування). – хірургічне лікування (через 2-3 тижні) радикальна гістеректомія за Вертгеймом – післяопераційна дистанційна променева терапія на область малого</p>	<p>до 14</p>	<p>Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1</p>	

	<p>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> <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 хіміотерапії 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 70		
Стадія ІІВ T _{2b} N ₀ - ₁ M ₀	<p>I. Поєднана променева терапія: дистанційна променева терапія (можливо на фоні радіомодифікаторів) сумарними осередковими дозами 15 Гр на т.ОАВ, 42-44 Гр на т.В, внутрішньопорожнинна променева терапія – 50 Гр на т.А (MDR) або, при наявності</p>	до 14 до 70	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1	

	<p>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"> - – доопераційне хіміопроменеве лікування (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 хвилин до лікування. При наявності матеріально – технічного забезпечення лікувального закладу можливо проведення неoad'ювантної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії (препарати платини, доксорубіцин, блеоцин, етопозид, циклофосфамід). – хірургічне лікування через 2-3 тижні (радикальна гістеректомія за Вертгеймом) <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</p>	<p>Завідувач відділенням хіміотерапії</p>	
--	--	---	--

	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)			
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 – контактна променева терапія на слизову середньої та нижньої 1/3 піхви.</p> <p>При наявності негативних факторів прогнозу – ад'ювантна 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>	до70	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1 Завідувач відділення хіміотерапії	
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 – ад'ювантна 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>	до70	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1 Завідувач відділення хіміотерапії	
Стадія III T _{3a-} N ₁ 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 відсутності протипоказань – ад'ювантна хіміотерапія: монохіміотерапія – блеоміцин 300 мг сумарно, або (3-4 курсів): цисплатин 100 мг/м² блеоміцин 40 мг/м²</p>	до70	Лікуючий лікар. Завідувач гінекологічним відділенням Завідувач відділення променевої терапії №1 Завідувач відділення хіміотерапії	

	етопозид 130 мг/м ² та інші схеми.			
Стадія T ₄ , будь-яке T при M ₁	<p>I. Паліативні курси поліхіміотерапії:</p> <p>1. Блеоміцин 300 мг (монохіміотерапія) або дво- або трикомпонентні платиновмісні: Цисплатин 100 мг/м² Блеоміцин 60 мг/м² Етопозид 200 мг/м²</p> <p>2.САР Цисплатин 100 мг/м² кожні 3 тижні Доксорубіцин 50 мг/м² Циклофосфамід 1000 мг/м²</p> <p>3.РС Цисплатин 100 мг/м² кожні 3 тижні Циклофосфамід 1000 мг/м²</p> <p>II. Паліативні курси променевої терапії та поліхіміотерапії при відсутності протипоказань та доцільності їх застосування.</p>	До 14	Завідувач відділення хіміотерапії Лікуючий лікар.	
Реабілітація	Імунотерапія, вітамінотерапія, дезінтоксикаційне, протиприродне і гемастимулююче лікування			