

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
04 червня 2014 року № 387

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

РАК ЛЕГЕНІ

2014

Вступ

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики захворювань з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Рак легені» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі медико-технологічного документа «Рак легені. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах». В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з раком легені. Основними задачами при розробці протоколу були забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з раком легені, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я.

Використання такого підходу до лікування пацієнтів з раком легені рекомендується клінічними настановами:

1. NICE CG 121. The diagnosis and treatment of lung cancer (updated). Full guideline. April 2011.
2. SIGN 80. Management of patients with lung cancer. February 2005.
3. NCCN Lung Cancer Screening 2012.
4. The ESMO Clinical Practice Guidelines 2013.

Перелік скорочень та визначень, що застосовані в протоколі

ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
Г-КСФ	-	Гранулоцитарний колонієстимулюючий фактор
ДКРЛ	-	Дрібноклітинний рак легені
ЕП	-	Еритропоетини
ЗОЗ	-	Заклади охорони здоров'я
КТ	-	Комп'ютерна томографія
ЛФ	-	Локалізована форма
МРТ	-	Магнітно-резонансна томографія
НДКРЛ	-	Недрібноклітинний рак легені
ПЕТ-	-	Позитрон-емісійна томографія
ПЛР	-	Полімеразна ланцюгова реакція
ПФ	-	Поширена форма
РЕФР	-	Рецептори епідермального фактора росту
ТБПБ	-	Трансbronхіальна пункційна біопсія
ТПБ	-	Тонкоголчата пункційна біопсія
УЗД	-	Ультразвукове дослідження
ФН	-	Фебрильна нейтропенія
ХП	-	Хіміопрепарат
ХТ	-	Хіміотерапія
ЦВК	-	Центральний венозний катетер
ЦНС	-	Центральна нервова система
ESOG	-	Eastern Cooperative Oncology Group

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Рак легені.

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: C34

1.3. Користувачі: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, онкологи, хірурги-онкологи, хіміотерапевти, радіологи, лікарі з променевої терапії, пульмонологи, фтизіатри.

1.4. Мета: розробка комплексу заходів з раннього та своєчасного виявлення, діагностики та лікування раку легені, а також надання медичної допомоги після закінчення спеціального лікування пацієнтам старше 18 років.

1.5. Дата складання протоколу: квітень 2014 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: квітень 2017 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К.	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова робочої групи)
Седаков І.Є.	Головний лікар Донецького обласного протипухлинного центру, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Онкологія», д.мед.н., професор (заступник голови з клінічних питань)
Ліщишина О.М	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с. (заступник голови з методології)
Ганул В.Л	Науковий керівник відділення пухлин органів грудної порожнини Національного інституту раку МОЗ України, д.мед.н., професор, член.-кор. НАН і НАМН України
Ганул А.В.	Провідний науковий співробітник відділення пухлин органів грудної порожнини Національного інституту раку МОЗ України, к.мед.н.
Зінчук Ю.Д.	Головний лікар Новозар'ївської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Старобешівського району Донецької області

- Калабуха І.А. Завідувач відділення торакальної хірургії Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, д.мед.н., професор
- Колеснік О.П. Завідувач відділення торакальної хірургії Запорізького обласного клінічно-онкологічного диспансеру, доцент кафедри онкології Запорізького державного медичного університету, к.мед.н.
- Ковальчук І.В. Головний лікар Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, головний позаштатний спеціаліст Департаменту ОЗ ЛОДА з клінічної онкології
- Крикливець Л.Г. Головний спеціаліст відділу організації медичної допомоги населенню та охорони здоров'я дітей та матерів Управління організації та розвитку медичної допомоги населенню Головного управління охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
- Кузнецова Л.Н. Заступник Генерального директора з організаційно-методичної роботи ККЛПЗ «Донецький обласний протипухлинний центр»
- Куква Н.Г. Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Променева терапія» Департаменту ОЗ Донецької облдержадміністрації, лікар вищої категорії
- Курій І.І. Завідувач консультативної клініки Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, головний онколог міського управління охорони здоров'я м.Львів
- Малюга В.Д. Головний лікар Калинівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Васильківського району Київської області
- Матюха Л.Ф. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н., професор

- Осинський Д.С. Заступник головного лікаря Київського міського клінічного онкологічного центру, головний позаштатний спеціаліст з онкології Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, к.мед.н.
- Парамонов В.В. Головний лікар Черкаського обласного онкологічного диспансеру
- Попович О.Ю. Завідувач відділу торакальної хірургії, завідувач торакальним відділенням №1 комунального клінічного лікувально-профілактичного закладу «Донецький обласний протипухлинний центр», професор кафедри онкології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, д.мед.н., професор
- Семикоз Н.Г. Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Променева терапія» МОЗ України, д.мед.н., професор
- Смоланка І.І. Завідувач відділення пухлин грудної залози і її реконструктивної хірургії Національного інституту раку МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Онкохірургія», професор, д.м.н.
- Теряник В.Г. Лікар-радіолог вищої категорії ККЛПЗ «Донецький обласний протипухлинний центр»
- Ткаченко М.М. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Радіологія», завідувач кафедри радіології та радіаційної медицини, д.мед.н., професор
- Топчій Т.В. Професор кафедри радіології та радіаційної медицини НМУ ім. О.О.Богомольця, д.мед.н., професор
- Фещенко Ю.І. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Пульмонологія та фтизіатрія», директор Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, д.мед.н., професор, академік НАМН України

- Шевченко А.І. Завідувач кафедри онкології Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., професор
- Худошина О.В. Заступник директора Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги, Начальник відділу з питань якості медичної допомоги МОЗ України

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

- Горох Є.Л. Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.
- Мельник Є.О. Начальник відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
- Шилкіна О.О. Начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій в сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
- Рубцова Є.І. Провідний фахівець відділу методичного забезпечення новітніх технологій в сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та <http://www.dec.gov.ua/mtd/>

Рецензенти

- Захаричев В.Д. Професор кафедри онкології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, д.мед.н., професор
- Фецич Т.Г. Завідувач кафедри онкології і радіології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

У світі рак легені є одним із злякисних новоутворень, що найчастіше зустрічаються. В структурі онкологічної захворюваності та смертності чоловічого населення в Україні рак легені посідає перше місце. Щорічно в Україні реєструється більше 17 тисяч нових випадків захворювання на рак легені. В середньому шестеро з десяти пацієнтів гинуть впродовж року від прогресування захворювання.

Заходи з раннього виявлення та адекватного лікування раку даної локалізації дозволяють суттєво поліпшити та знизити витрати на медичну допомогу. Спеціалізоване лікування хворі повинні отримувати в онкологічних закладах. Проте, у випадках прогресування захворювання після спеціалізованого лікування, вони потребують адекватного знеболення та інших заходів з паліативної допомоги, симптоматичного лікування.

II Загальна частина

Уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Рак легені», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам. Положення і обґрунтування уніфікованого клінічного протоколу, побудованого на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із раком легені.

Діагноз «Рак легені» встановлюється на основі цитологічного або гістологічного висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії лімфатичних вузлів, пухлинного утворення у закладах спеціалізованої допомоги або підрозділах закладів охорони здоров'я, в яких здійснюється спеціальне протипухлинне лікування (далі – заклади спеціалізованої допомоги). У випадках прогресування захворювання, коли відсутні показання для продовження спеціального лікування, пацієнти потребують адекватного знеболення згідно з уніфікованим клінічним протоколом паліативної медичної допомоги, а також симптоматичного лікування.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі відіграють ключову роль у організації раннього (своєчасного) виявлення безсимптомного раку, заохоченні населення до участі у профілактичному обстеженні та сприянні виконанню всіх рекомендацій фахівців онкологічного профілю під час протипухлинного лікування. Саме на них покладається задача забезпечення належної паліативної допомоги хворим, які виявляють бажання знаходитися вдома на термінальних стадіях захворювання.

Суттєву допомогу в роботі лікаря загальної практики – сімейного лікаря надають фельдшери та медсестри, які пройшли підготовку за фахом «Медсестринство в онкології».

III. Основна частина

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>1. Профілактика Первинна профілактика раку включає в себе попередження канцерогенної дії зовнішніх та внутрішніх факторів, нормалізація харчування, здоровий спосіб життя, підвищення стійкості організму до шкідливих факторів.</p>	<p>Існують докази щодо вирішального впливу на розвиток раку легені таких факторів ризику як тютюнопаління, вплив професійних канцерогенів (миш'як, хром, азбест, нікель, кадмій, берилій, кремній, дизельне паливо), вплив радону у помешканнях, сімейний онкологічний анамнез та наявність в анамнезі хронічних захворювань легень (ХОЗЛ, фіброз легень).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ведення лікарем загальної практики – сімейним лікарем реєстру населення. 2. Надання інформації щодо необхідності уникнення впливу факторів ризику розвитку раку легені, що пов'язані зі способом життя, насамперед, проведення профілактичних заходів згідно Стандартів первинної медичної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.
<p>2. Діагностика Діагноз рак легені встановлюється в спеціалізованому онкологічному, пульмонологічному або фтизіопульмонологічному закладі.</p>	<p>Існують докази щодо високої частоти наявності скарг на кашель, кровохаркання, задишку, втрату ваги, біль у грудях і плечі, хрипоту, втому при раку легені.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнестичних даних, спрямованих на виявлення тривожних симптомів. 2. Фізикальне обстеження. 3. Виключення інфекційних та вірусних захворювань. 4. Направлення на рентгенографію органів грудної клітки в 2-х проекціях. Пацієнти з подібною симптоматикою та даними рентгенологічного дослідження щодо підозри на рак легені впродовж 3

		днів повинні бути направлені до фахівця – пульмонолога, фтизіатра, онколога.
<p>3. Лікування Спеціалізована допомога онкологічним хворим здійснюється в онкологічному закладі, який забезпечений відповідним матеріально-технічним оснащенням та підготовленими фахівцями.</p>	<p>Доведено, що своєчасне спеціальне протипухлинне лікування сприяє подовженню загальної виживаності пацієнтів та покращенню якості життя.</p>	<p>Обов'язкові: Під час обстеження та спеціального лікування лікар загальної практики має сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій онкологів та інших фахівців.</p>
<p>4. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію Пацієнти після спеціального лікування перебувають на обліку в онколога, лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який сприяє виконанню пацієнтом всіх рекомендацій онкологів та інших фахівців. Пацієнти з прогресуючим раком легені після спеціального лікування повинні отримувати адекватне знеболення та паліативну медичну допомогу, симптоматичне лікування.</p>	<p>Існують докази щодо необхідності різних форм психологічної підтримки хворих, які перенесли рак легені.</p> <p>Існують докази, що проведення діагностичних обстежень не впливає на виживаність у безсимптомних пацієнтів; поява у пацієнта скарг потребує термінового обстеження для встановлення діагнозу.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність амбулаторної карти (форма № 025/о) та плану диспансерного нагляду. 2. Погодження Інформованої добровільної згоди пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми № 025/о). 3. Ведення Реєстраційної карти хворого на злоякісне новоутворення (форма № 30-6/о). 4. Взаємодія з районним онкологом, щоквартально уточнювати списки пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, обмінюватись медичною інформацією про стан хворих. 5. Надання інформації пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення обстеження

		<p>при появі симптомів у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або другої пухлини.</p> <p>6. Надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.</p> <p>7. Динамічне спостереження за станом пацієнта на основі даних анамнезу та фізикального обстеження.</p> <p>Бажані: Навчання комунікативним навичкам з онкологічними пацієнтами під час курсів підвищення кваліфікації на базі онкологічного диспансеру, розроблені на основі рекомендацій психологів.</p>
--	--	--

3.2. Для структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають вторинну амбулаторну (онкологічну) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>1. Профілактика Первинна профілактика раку включає в себе попередження канцерогенної дії зовнішніх та внутрішніх факторів, нормалізація харчування, здоровий спосіб життя підвищення стійкості організму</p>	<p>Існують докази щодо вирішального впливу на розвиток раку легені таких факторів ризику як тютюнопаління, вплив професійних канцерогенів (миш'як, хром, азбест, нікель, кадмій, берилій, кремній, дизельне паливо), вплив радону у помешканнях, сімейний онкологічний анамнез та наявність в анамнезі хронічних</p>	<p>Обов'язкові: Надання інформації щодо необхідності уникнення впливу факторів ризику розвитку раку легені, що пов'язані зі способом життя, насамперед, проведення профілактичних заходів згідно Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.</p>

до шкідливих факторів входить в поняття.	захворювань легень (ХОЗЛ, фіброз легень).	
<p>2. Діагностика Направлена на організацію уточнення діагнозу.</p>	<p>Діагноз рак легені встановлюється у закладі високоспеціалізованої допомоги на підставі цитологічного або гістологічного висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії пухлинного утворення.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Збір скарг та анамнестичних даних, спрямованих на виявлення тривожних симптомів. 2. Фізикальне обстеження 3. Рентгенографія органів грудної клітки в 2 проекціях. 4. Лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналіз, коагулограма, RW, ВІЛ) та сечі. Бажані: 4. КТ органів грудної клітки та верхньої частини черевної порожнини з візуалізацією печінки і наднирників, нижньої частини шії з в/в введенням контрасту. 6. Фібробронхоскопія 7. Бактеріологічне та цитологічне дослідження мокротиння. 8. УЗД органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору. 9. ФЕГДС. Пацієнт з підозрою на рак легені впродовж 10 днів скеровується до закладу високоспеціалізованої медичної допомоги за місцем реєстрації або інший – за бажанням пацієнта.</p>
<p>3. Лікування Спеціалізована допомога онкологічним хворим здійснюється в онкологічному</p>	<p>Доведено, що своєчасне спеціальне протипухлинне лікування сприяє подовженню загальної виживаності пацієнтів та покращенню якості життя.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Визначення подальшої тактики лікування після повного обстеження хворого. 2. Організація госпіталізації в спеціалізований заклад. 3. Сприяння та моніторинг</p>

<p>закладі або торакальному відділенні ЗОЗ, який забезпечений відповідним матеріально-технічним оснащенням та підготовленими спеціалістами.</p>		<p>виконання рекомендацій фахівця високоспеціалізованого закладу після закінчення лікування.</p>
<p>4. Подальше спостереження, включаючи диспансеризацію Пацієнт після спеціального лікування перебуває на обліку в районного онколога, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом всіх рекомендацій спеціалістів. Пацієнту після спеціального лікування під час диспансерного спостереження надається симптоматичне лікування, направлене на корекцію патологічних симптомів з боку органів і систем, лікування інших захворювань і підтримку якості життя. Пацієнту з</p>	<p>Існують докази щодо необхідності різних форм психологічної підтримки пацієнтів, які перенесли рак легені.</p> <p>Існують докази, що проведення діагностичних обстежень не впливає на виживаність у безсимптомних пацієнтів; поява у пацієнта скарг потребує термінового обстеження для встановлення діагнозу.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Здійснення обліку пацієнтів з раком легені, які проживають на території діяльності кабінету, і контролю за своєчасним направленням повідомлень на кожен випадок захворювання в онкологічні диспансери. 2. Заповнення в реєстраційній карті хворого на злоякісне новоутворення (ф. № 030-6/о) строків проведення диспансерних оглядів пацієнта, перебування на стаціонарному лікуванні, характеру лікувальних заходів та ін. 3. Надання інформації пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або другої пухлини. 3. Надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень 4. Динамічне спостереження за станом пацієнта на основі даних анамнезу та

<p>прогресуючим захворюванням після завершення спеціального лікування надається адекватне знеболення згідно з уніфікованим клінічним протоколом паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, іншу паліативну медичну допомогу, симптоматичне лікування.</p>		<p>фізикального обстеження</p> <p>Бажані: Навчання комунікативним навичкам з онкологічними хворими під час курсів підвищення кваліфікації на базі онкологічного диспансеру, спостереження хворого, розроблені на основі рекомендацій психологів.</p>
---	--	---

3.3. Для структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають вторинну амбулаторну (неонкологічну – пульмонологічну, фтизіатричну) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>1. Діагностика Направлена на організацію уточнення діагнозу.</p>	<p>Характерні для пацієнтів з раком легені скарги на кашель, кровохаркання, задишку, втрату ваги, втому можуть зустрічатися при іншій патології, в тому числі, туберкульозі легень. Діагноз рак легені встановлюється у закладі високоспеціалізованої медичної допомоги на підставі гістологічного висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнестичних даних. 2. Фізикальне обстеження 3. Рентгенографія органів грудної клітки в 2 проєкціях (якщо не зроблено на первинному рівні) 4. Лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналіз, коагулограма, RW, ВІЛ) та сечі, якщо не було зроблено на первинному етапі медичної допомоги. 5. Фібробронхоскопія 6. Бактеріологічне та цитологічне дослідження

	лімфатичних вузлів та/або пухлинного утворення.	мокротиння Бажані: 1. КТ органів грудної клітки та верхньої частини черевної порожнини з візуалізацією печінки і наднирників, нижньої частини шії з в/в введенням контрасту 2. ПЕТ КТ
2. Лікування	Спеціалізоване лікування пацієнтів з раком легені здійснюється виключно у високоспеціалізованому онкологічному закладі.	Обов'язкові: 1. Пацієнт з підозрою на рак легені впродовж 10 днів скеровується до закладу високоспеціалізованої медичної допомоги за місцем реєстрації або інший – за бажанням пацієнта 2. При виявленні іншого захворювання здійснюється медична допомога згідно чинних протоколів надання медичної допомоги відповідно нозології.

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика Діагностика раку легені полягає у підтвердженні за допомогою морфологічного методу наявності злоякісного новоутворення, визначення поширення пухлинного процесу та встановлення	Основними заходами в постановці діагнозу рак легені є морфологічне дослідження та стадіювання, оскільки саме морфологічна форма визначає вибір методів спеціального лікування Біопсія повинна виконуватись в найбільш клінічно значущому місці	Обов'язкові: 1. Збір анамнестичних даних. 2. Фізикальне обстеження. 3. Оцінка загального стану пацієнта за допомогою шкали Карновського та ECOG (див. розділ 4, п.4.2.4.). 4. Верифікація діагнозу: 4.1. Інвазивні методи діагностики(ТБПБ з ЕБУЗД, ТПБ, ексцизійна біопсія периферичних лімфатичних вузлів, торакоскопія, парастернальна

<p>стадії. Перед початком спеціального лікування необхідно обстежити пацієнта щодо оцінки протипоказань до застосування спеціального лікування.</p>	<p>КТ є обов'язковим методом для визначення стадії захворювання. Всі пацієнти повинні пройти КТ грудної клітки</p>	<p>медіастінотомія, діагностична торакотомія – за показаннями). 4.2. Імуногістохімічне дослідження матеріалу біопсії. 5. УЗД ший ±біопсія. 6. ЕКГ/ЕхоКГ. 7. Проведення функціональних дихальних тестів. 8. КТ/МРТ головного мозку призначається при симптомах ураження ЦНС. 9. Остеосцинтиграфія – при симптомах ураження кісток. 10. Інші дослідження– за показаннями. Бажані: 1. Стернальна пункція/трепанобіопсія кісткового мозку (при виявленні в периферійній крові ядерних еритроцитів, нейтропенії, тромбоцитопенії). 2. Молекулярно-генетичні маркери для визначення генних мутацій (EGFR мутації). 3. ПЕТ-КТ.</p>
<p>2. Госпіталізація До закладів спеціалізованої допомоги пацієнт з підозрою на рак легені скеровується лікарем загальної практики – сімейним лікарем, районним онкологом, іншим спеціалістом.</p>	<p>Пацієнти з раком легені потребують госпіталізації для проведення інвазивних діагностичних процедур, спеціального лікування при відсутності протипоказань.</p>	<p>Обов'язкові: Ознайомити пацієнта з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення (форма № 003-б/о), погодити Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних (Вкладний листок до облікової форми</p>

		№ 003/о).
<p>3. Лікування Спеціальне лікування раку легені полягає у застосуванні хірургічних методів лікування, хіміо- та променевої терапії в різних комбінаціях залежно від стану пацієнта, морфології та стадії пухлини.</p>	<p>Вибір лікування раку легені визначається стадією захворювання, морфологічною формою пухлини, віком та загальним станом пацієнта, а також додатковими даними, які характеризують певні властивості пухлини і організму пацієнта. Протипухлинна медикаментозна та променева терапія спрямована на біохімічні процеси в клітинах злоякісного новоутворення. Спільною властивістю цих процесів є певний часовий порядок. Саме тому застосування лікувальних втручань упорядковане у вигляді схем з точним визначенням дози і часу прийому кожного лікарського засобу, дози і часу опромінення.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Призначення спеціального лікування та обстеження в процесі лікування залежно від гістологічного варіанту пухлини та поширеності злоякісного процесу. 1.1. Хірургічне лікування: резекція легені (клиноподібна, сегментна), лобектомія, пневмонектомія, відео-асистована торакальна хірургія. 1.2. Хіміотерапія: самостійна хіміотерапія, ад'ювантна хіміотерапія. 1.3. Променева терапія: передопераційна, післяопераційна, паліативна, профілактичне опромінення головного мозку. 1.4. Хіміопроменева терапія конкурентна хіміопроменева терапія, послідовна хіміопроменева терапія 2. Моніторинг стану пацієнта, виявлення побічних ефектів спеціального протипухлинного лікування, симптоматичне лікування, лікування супутньої патології згідно з відповідними медико-технологічними документами.</p>
<p>4. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації При виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого, яка</p>	<p>Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв: 1. Завершення запланованого об'єму терапії; 2. Відсутність ускладнень терапії, що потребують лікування в стаціонарі; 3. Неможливість</p>	<p>Обов'язкові: 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Надати пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, інформацію про можливі віддалені побічні ефекти лікування, необхідність проведення періодичних</p>

<p>містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.</p>	<p>продовження спеціальної терапії у зв'язку з розвитком протипоказань.</p>	<p>обстежень відповідно до плану диспансеризації. 3. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.</p>
<p>5. Диспансерне спостереження В зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву та/або іншої пухлини пацієнти з раком легені підлягають диспансеризації з плановими оглядами в закладі спеціалізованої допомоги, в якому отримували лікування, або за місцем реєстрації.</p>	<p>Пацієнти з раком легені підлягають диспансерному спостереженню районним онкологом, сімейним лікарем за місцем проживання. Обстеження відповідно плану диспансеризації сприяє ранньому виявленню рецидиву захворювання та/або іншої пухлини.</p>	<p>Обов'язкові: Забезпечити ведення Реєстраційної карти хворого на злоякісне новоутворення (форма №030-б/о) та відображення в ній заходів з диспансеризації.</p>

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1 Вимоги щодо забезпечення інформацією пацієнтів

4.1.1. Зразок письмової інформації для пацієнтів

- Інформація про ризики на рівні популяції та ризики на рівні сімейного анамнезу, в тому числі визначення сімейного анамнезу.
- Повідомлення про те, що у разі зміни їхнього сімейного анамнезу, їх ризик також змінюється.
- Контактна інформація тих, хто надає підтримку та інформацію, в тому числі локальні та національні групи підтримки.
- Повідомлення про те, що для забезпечення допомоги у підтримці і розуміння питань, які обговорюються, перед зустрічами пацієнти мають бути поінформовані про те, що вони можуть взяти з собою на зустріч члена сім'ї.
- Детальна інформація про клінічні випробування або дослідження, які можуть бути цікаві пацієнтам, і які б могли взяти у них участь.

4.1.2. Зразок письмової інформації для пацієнтів, які отримують допомогу у закладі первинної медичної допомоги

- Письмова інформація (див п.4.1.1.).
- Рекомендувати повернутися до обговорення будь-яких ускладнень, якщо відбудуться зміни в сімейному анамнезі або з'являться симптоми раку легені.

4.1.3. Зразок письмової інформації для пацієнтів, які направляються у заклад вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги

- Письмова інформація (див п.4.1.1.).
- Інформація про проведення оцінки ризиків, яка матиме місце, і консультування щодо того, як відтворити зрозумілий сімейний анамнез у разі необхідності.
- Інформація про потенційні результати, залежно від результатів оцінки ризиків (в тому числі направлення назад на первинний рівень, ведення на вторинному рівні), і що відбувається на кожному рівні.

4.1.4. Зразок письмової інформації для пацієнтів, які направляються із закладів вторинної, третинної медичної допомоги на первинний етап медичної допомоги

- Письмова інформація (див п.4.1.1.).
- Детальна інформація про те, чому вторинна медична допомога не потрібна.

4.1.5. Зразок письмової інформації для пацієнтів, які отримують допомогу на вторинному рівні медичної допомоги

- Письмова інформація (див п.4.1.1.).
- Детальна інформація про результати оцінювання ризиків.
- Детальна інформація про можливості спостереження, в тому числі ризики і переваги.

4.2. Загальний алгоритм діагностики

Первинна діагностика раку легені зі встановленням локалізації і клініко-анатомічної форми пухлини (заклади охорони здоров'я загальнолікарняної мережі) – обстеження протягом 3-х днів.

Уточнююча діагностика, направлена на визначення поширеності пухлини, встановлення її операбельності (Консультативна поліклініка спеціалізованої установи) – обстеження протягом 8 днів.

Морфологічна верифікація пухлини з уточненням гістологічної структури і ступеня диференціювання пухлини.

Визначення вихідного статусу хворого, функціональних можливостей життєво важливих органів і систем з метою планування тактики лікування (Стаціонар спеціалізованої установи).

4.2.1. Анамнез

В анамнезі необхідно звернути увагу на наявність факторів ризику, захворювання на злоякісні пухлини кровних родичів. Причин виникнення раку легені багато, вони носять як екзогенний, так і ендогенний характер. Проте вирішальне значення мають екзогенні чинники: паління тютюну, забруднення довколишнього повітряного басейну канцерогенними речовинами і радіоактивними ізотопами - як в результаті радіоактивного зараження, так і природного ізотопу - газу радону.

4.2.2. Фактори ризику виникнення раку легень:

- Історія паління
- Вплив радону у приміщеннях
- Вплив професійних канцерогенних факторів (миш'як, хром, азбест, нікель, кадмій, берилій, кремній, дизельне паливо)
- Онкологічний сімейний анамнез
- Пасивне паління
- Історія захворювань (ХОЗЛ або фіброз легень в анамнезі)

Для оцінки паління як фактору ризику використовується індекс курця (ІК), який вимірюється у пачко/роках:

$$ІК \text{ (пачко/роки)} = (\text{кількість цигарок на добу} \times \text{стаж паління (роки)})/20$$

Група високого ризику виникнення раку легені:

- Вік 55-74 роки
 - Історія паління ≥ 30 пачко-років
 - Відмова від паління < 15 років
- або
- Вік ≥ 50 років
 - Історія паління ≥ 20 пачко-років
 - Додатковий фактор ризику (інший ніж пасивне паління)

Група середнього ризику виникнення раку легені:

- Вік ≥ 50 років
- Історія паління ≥ 20 пачко-років та вплив пасивного паління
- Відсутність додаткових факторів ризику

Група низького ризику виникнення раку легені:

- Вік < 50 років
- Історія паління < 20 пачко-років

Обов'язковим є проведення профілактичних та просвітницьких заходів згідно Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

4.2.3. Симптоми, з якими необхідно скерувати пацієнта до онколога:

- Кашель
- Кровохаркання
- Задишка
- Біль в грудній клітці або плечі
- Втрата ваги
- Осиплість голосу
- Слабкість
- Потовщення дистальних фаланг пальців рук
- Ознаки метастазів раку легені (головний мозок, кістки, печінка, шкіра)
- Збільшення лімфатичних вузлів шиї і надключичної ділянки

4.2.4. Фізикальне обстеження

Об'єктивне обстеження (зовнішній огляд, аускультация) має при раку легені другорядне значення, особливо при його розпізнаванні на ранніх етапах захворювання. У пізній стадії раку легені клінічна картина ускладнюється симптомами його поширення за межі ураженої легені із залученням до процесу лімфатичних вузлів середостіння і (або) шиї, плеври, грудної стінки, поворотного і діафрагмального нервів, а також метастазами в інших органах. Діагностика раку легенів при цьому нескладна, але лікування вже є малоефективним. Для подальшого планування лікування обов'язковою є оцінка загального стану пацієнта (табл. 1).

Таблиця 1

Шкали Карновського та ECOG

Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOG-BOOЗ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	0
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	Є симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність з зусиллям	80		

Продовження таблиці 1

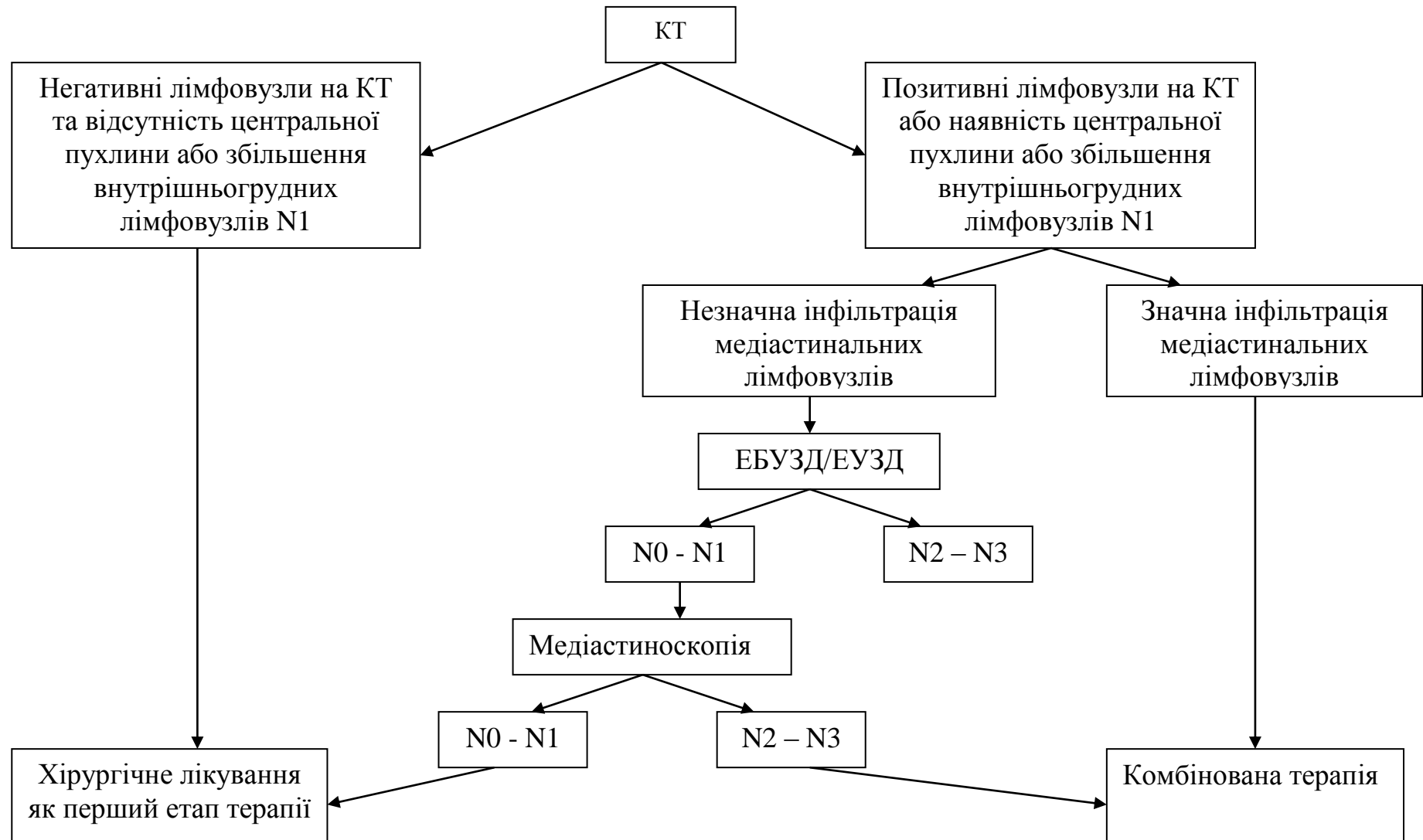
Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOG-BOOЗ	Оцінка
Обслуговує себе самостійно, не здатен до нормальної діяльності або активної роботи	70	Більше 50 % денного часу проводить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатен самостійно задовольняти більшу частину своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує знаходження в ліжку більше 50 % денного часу	3
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, в т.ч. медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не передбачається	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Смерть	0		

4.2.5. Клінічний маршрут визначення оптимального спеціального лікування пацієнта



*Під непридатністю до радикального лікування в цьому алгоритмі визначена суттєва супутня патологія, яка створює протипоказання до радикального лікування.

4.2.6. Алгоритм стадіювання НДКРЛ на основі КТ



4.3. Алгоритм лікування

Вибір методу лікування раку легені визначається стадією захворювання, клінічною формою пухлини, віком та загальним станом хворого, а також додатковими даними, які характеризують окремі властивості пухлини і організму хворого. Планування лікування відбувається за участю хірургів-онкологів, радіологів, хіміотерапевтів, рентгенологів та патологів.

Перед призначенням лікування обов'язкова морфологічна верифікація діагнозу і максимально точно визначення стадії захворювання. Лікування пацієнтів із раком легені здійснюється в спеціалізованих онкологічних закладах. Тактика і стратегія лікування визначається після комісійного огляду спеціалістів мультидисциплінарної команди – хірурга-онколога (торакального), променевого терапевта, хіміотерапевта в онкологічному закладі. У лікуванні раку легені залежно від стадії захворювання, наявності супутньої патології, віку і тяжкості стану пацієнта застосовують усі відомі в онкології методи: хірургічний, променевий, системна хіміотерапія та їх різні комбінації у поєднанні з іншими лікувальними засобами.

4.3.1. Лікування пацієнтів з недрібноклітинним раком легені (НДКРЛ)

Обов'язкові методи лікування при НДКРЛ:

1. Хірургічне лікування;
2. Хіміотерапія;
3. Променева терапія
4. Комбіноване лікування

4.3.1.1. Хірургічне лікування

Хірургічне лікування (табл. 2) є методом вибору лікування локалізованих форм раку легені та повинно виконуватись кваліфікованими торакальними хірургами, які мають досвід в онкології. Обов'язковою є оцінка ризиків виникнення післяопераційних ускладнень, оцінка серцево-судинної діяльності та функції зовнішнього дихання.

Таблиця 2

Перелік оперативних втручань, які виконуються при раку легені

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік	Резекція легені (клиноподібна, сегментектомія)	I-III	Виконуються при низьких функціональних резервах

Продовження таблиці 2

Вид операції		Стадії	Особливості використання
	Лобектомія (включаючи бронхопластичні операції)	II-III	При інвазії пухлини в поряд розташовані органи виконуються комбіновані оперативні втручання.
	Пневмонектомія (включаючи пластичні операції)	II-III	При інвазії пухлини в поряд розташовані органи виконуються комбіновані оперативні втручання.
Додатковий перелік	Відео-асистовані торакоскопічні втручання (VATS)		Виконуються при відсутності масивного злукового процесу в плевральній порожнині.

Пацієнтам з НДКРЛ, які медично придатні для радикальної терапії, пропонується лобектомія (відкрита або торакоскопічна) як лікування першого вибору. Для пацієнтів з граничною придатністю і меншими пухлинами (T1a-б, N0, M0), розгляньте можливість паренхіматозних органозберігаючих операцій на легенях (сегментектомію або клиновидну резекцію), якщо можливо досягнути повної резекції злоякісної пухлини.

Більш обширне хірургічне втручання (бронхо-ангіопластичні операції, білобектомія, пневмонектомія) проводиться тільки в разі потреби отримати чіткі краї при задовільному стані пацієнта (за шкалою ECOG 0, 1).

Для пацієнтів з T3 НДКРЛ з ураженням грудної стінки, яким виконують операцію, метою є повна резекція пухлини або екстра плевральна, або резекція грудної стінки єдиним блоком.

Обов'язковим є відбір зразків лімфатичних вузлів середостіння або резекція для всіх пацієнтів, які перенесли радикальне оперативне втручання.

Протипоказання до оперативного втручання:

Протипоказаннями для проведення радикального оперативного втручання є наявність супутньої патології в стадії суб- та декомпенсації.

4.3.1.2. Променева терапія

Радикальна променева терапія показана пацієнтам з I, II або III стадією НДКРЛ з задовільним загальним станом (за шкалою ECOG 0, 1). Як правило, це дистанційна променева терапія, яка зазвичай застосовується у вигляді 1 фракції на день (1,8 – 2 Гр на фракцію), 5 днів на тиждень, протягом 5 - 7 тижнів. Всі пацієнти перед проведенням радикальної променевої терапії повинні пройти функціональні легеневі тести.

Пацієнтам з I або II стадією НДКРЛ, які з медичної точки зору неоперабельні, але підходять для радикальної променевої терапії, пропонують режим CHART.

Пацієнтам зі стадіями IIIA або IIIB НДКРЛ, які можуть отримувати променеву терапію і хто не може перенести або не бажає хіміотерапію, слід запропонувати схему CHART.

Якщо CHART неможливо виконати, повинна бути запропонована фракціонована променева терапія в дозі 64-66 Гр за 32-33 фракції 6 1/2 тижнів, або 55 Гр за 20 фракцій протягом 4 тижнів.

Протипоказання до променевого лікування:

1. Тяжкі інфекційні ускладнення (емпієма плеври, абсцедування в ателектазі тощо)
2. Активна форма туберкульозу
3. Супутні захворювання в стадії декомпенсації
4. Анемія (гемоглобін нижче 100 г/л), лейкопенія (нижче $3,0 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопенія (нижче $145 \times 10^9/\text{л}$)
5. Стан хворого за шкалою Карновського 40% та менше
6. Психічні розлади при наявності психомоторного збудження, яке проявляється руховою активністю.

4.3.1.3. Хіміотерапія

Хіміотерапія проводиться хворим з III або IV стадією НДКРЛ і задовільним загальним станом здоров'я (за шкалою ECOG 0, 1 або за Карновським 80-100 балів).

Хіміотерапія занедбаного НДКРЛ (табл. 3) включає комбінацію доцетакселу, гемцитабіну, паклітакселу або вінорельбіну та препарату платини (карбоплатин або цисплатин застосовують з урахуванням їх токсичності, ефективності та зручності). Пацієнтам, які не можуть витримати комбінації з платиною, можна запропонувати хіміотерапію з одним препаратом третьої лінії.

Монотерапію з доцетакселем слід розглядати, якщо лікування другої лінії підходить для пацієнтів з місцевопоширеним або метастатичним НДКРЛ, у яких розвився рецидив після попередньої хіміотерапії.

Ерлотиніб або гефітиніб застосовується в терапії першої лінії у пацієнтів з активуючими мутаціями гену рецепторів епідермального фактора росту (РЕФР).

Схеми хіміотерапії, які використовуються в лікуванні НДКРЛ

Назва хіміопрепарату	День введення	Кратність введення
Основні схеми		
Цисплатин 80 мг/м ² Вінорельбін 30 мг/ м ²	1 день 1 та 8 день	Кожні 3 тижні
Цисплатин 100 мг/м ² Вінорельбін 25 мг/м ²	1 день 1, 8, 15 та 22 дні	Кожні 4 тижні
Цисплатин 75 мг/м ² Гемцитабін 1250 мг/м ²	1 день 1 та 8 день	Кожні 3 тижні
Цисплатин 80 мг/м ² Доцетаксел 75 мг/м ²	1 день 1 день	Кожні 3 тижні
Цисплатин 80 мг/м ² Паклітаксел 175 мг/м ²	1 день 1 день	Кожні 3 тижні
Додаткові схеми		
Карбоплатин 400 мг/м ² Паклітаксел 200 мг/м ²	1 день 1 день	Кожні 3 тижні
Цисплатин 80 мг/м ² Пеметрексед 500 мг/м ² – НДКРЛ неплюкоклітинного походження	1 день 1 день	Кожні 3 тижні Проведення хіміотерапії потребує призначення кортикостероїдів, вітаміну В 12 та фолієвої кислоти (відповідно з інструкцією застосування препарату пеметрексед)
Гефітиніб 250 мг per os (при позитивних РЕФР- мутаціях)		Щоденно до прогресування
Ерлотиніб 150 мг per os (при позитивних РЕФР- мутаціях)		Щоденно до прогресування

4.3.1.4. Комбінована терапія

Пацієнти, потенційно придатні для комплексного лікування (хірургія, променева терапія і хіміотерапія в будь-якому поєднанні (табл. 4), повинні бути обстежені онкологом-хірургом (торакальним), хіміотерапевтом та променевим терапевтом.

Хіміопроменева терапія застосовується для пацієнтів зі стадією I, II або III НДКРЛ, які непридатні для оперативного втручання. Паралельна хіміопроменева терапія має перевагу над послідовним призначенням цих методів. Перед променевою терапією проводиться 1 або 2 цикли хіміотерапії.

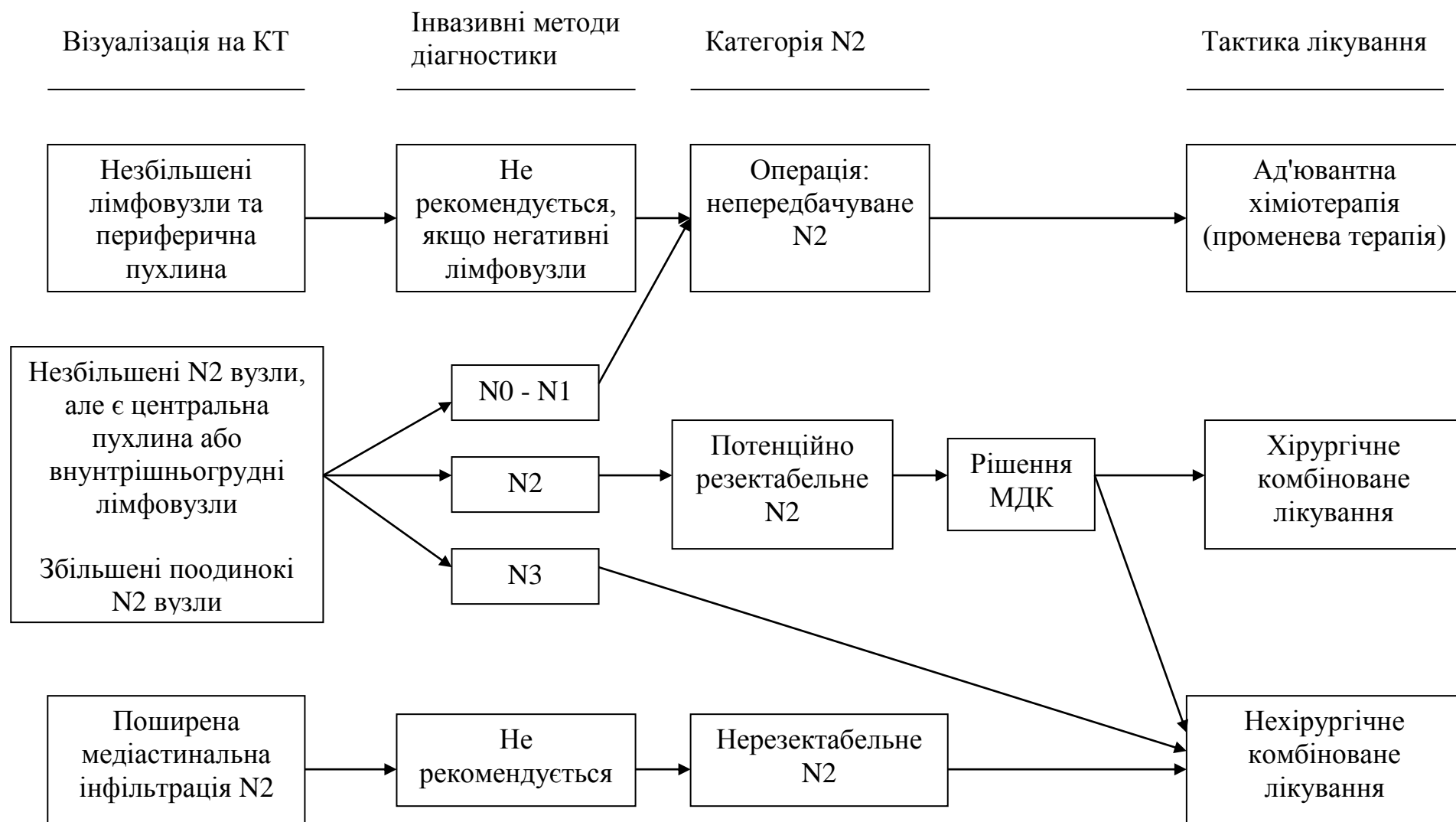
Післяопераційна (ад'ювантна) хіміотерапія на основі цисплатину може проводитись пацієнтам з задовільним статусом (за шкалою ECOG 0 або 1) і T2-3 N0 M0 НДКРЛ.

Таблиця 4

Комбінація хіміотерапії та променевої терапії

Вид терапії	Визначення
Індукційна хіміотерапія	Загальний термін, який включає в себе неoad'ювантну хіміотерапію та первинну хіміотерапію
Ад'ювантна хіміотерапія або променева терапія	Лікування після радикальної операції або променевої терапії, у спробі поліпшити показник ефективності лікування
Неoad'ювантна хіміотерапія	Хіміотерапія до планової операції або променевої терапії у пацієнтів з потенційно виліковним захворюванням на початку лікування
Комбінована хіміопротенева терапія	Лікування, яке призначається пацієнтам, які підходять для потенційно лікувальної променевої терапії на початку лікування, і лікування проводиться або послідовно, або паралельно
Первинна хіміотерапія	Хіміотерапія надається пацієнтам, які на початку лікування не вважалися придатними для операції або променевої терапії, тому що пухлина занадто велика або є неоперабельною. Хіміотерапія дається з метою зниження стадії пухлини, щоб потім можна було приступити до лікування з лікувальною метою. Показники виживаності і частота відповіді значно нижчі у цій ситуації

4.3.1.5. Алгоритм лікування НДКРЛ, що ґрунтується на результатах КТ



4.3.2. Лікування пацієнтів з пухлиною Пенкоста

Лікування пухлини Пенкоста залежить від стадії і загального стану, як при НДКРЛ (див. п.4.3.1.)

4.3.3. Лікування пацієнтів з дрібноклітинним раком легені (ДКРЛ)

Обов'язкові методи лікування при ДКРЛ:

1. Хіміопроменева терапія
2. Хіміотерапія
3. Хірургічне лікування (при можливості)

В кожному із схем лікування включають профілактичне опромінення головного мозку при задовільному стані здоров'я (за шкалою ECOG 2 і <) в сумарній дозі 25 Гр за 10 фракцій.

4.3.3.1. Локалізована форма ДКРЛ

ДКРЛ, як правило, є чутливим до хіміотерапії і променевої терапії. Поєднання хіміотерапії і променевої терапії грудної клітки зараз є стандартним видом першої лінії лікування для локалізованої форми (ЛФ) ДКРЛ.

Пацієнтам з локалізованою формою ДКРЛ (що відповідає T1-4, N0-3, M0) пропонується 4-6 циклів комбінованої хіміотерапії на основі цисплатину (табл. 5). Розгляньте можливість заміни цисплатину на карбоплатин у пацієнтів з порушеннями функції нирок, незадовільним загальним станом (за шкалою ECOG 2 і більше) або значними супутніми захворюваннями.

Паралельна хіміопроменева терапія застосовується для пацієнтів з локалізованою формою ДКРЛ (що відповідає T1-4, N0-3, M0) і загальним станом за шкалою ECOG 0 або 1, якщо вони можуть бути включені в схему радикальної променевої терапії. Променеву терапію починають протягом першого або другого курсу хіміотерапії.

Послідовна радикальна променева терапія рекомендується пацієнтам з локалізованою формою ДКРЛ (що відповідає T1-4, N0-3, M0), які непридатні для паралельної хіміопроменевої терапії, але які чутливі до хіміотерапії.

Повинна бути розглянута можливість хірургічного лікування у пацієнтів з ранніми стадіями ДКРЛ (T1-2a, N0, M0).

Таблиця 5

Схеми хіміотерапії, які використовуються в лікуванні ЛФ ДКРЛ

Назва хіміопрепарату	День введення	Кратність введення
Основні схеми		
Цисплатин 80 мг/м ²	1 день	Кожні 4 тижні
Етопозид 100 мг/м ²	1-3 день	
Додаткові схеми		
Карбоплатин 400 мг/м ²	1 день	Кожні 3 тижні
Етопозид 100 мг/м ²	1-3 день	

4.3.3.2. Поширена форма ДКРЛ

Пацієнти з поширеною формою (ПФ) ДКРЛ, які вважаються придатними для хіміотерапії, як правило, лікуються комбінованою хіміотерапією, включаючи цисплатин або карбоплатин і, зазвичай, етопозид (табл. 6). Залежно від відповіді і токсичності, більшість пацієнтів отримують від 4 до 6 циклів.

Таблиця 6

Схеми хіміотерапії, які використовуються в лікуванні ПФ ДКРЛ

Назва хіміопрепарату	День введення	Кратність введення
Основні схеми		
Цисплатин 75 мг/м ² Етопозид 100 мг/м ²	1 день 1-3 день	Кожні 4 тижні
Цисплатин 80 мг/м ² Етопозид 80 мг/м ²	1 день 1-3 день	Кожні 4 тижні
Цисплатин 60 мг/м ² Іринотекан 60 мг/м ²	1 день 1, 8 та 15 день	Кожні 4 тижні
Цисплатин 30 мг/м ² Іринотекан 65 мг/м ²	1 та 8 день 1 та 8 день	Кожні 3 тижні
Додаткові схеми		
Карбоплатин 400 мг/м ² Етопозид 100 мг/м ²	1 день 1-3 день	Кожні 3 тижні
Циклофосфамід 1000 г/м ² Доксорубіцин 45 мг/м ² Етопозид 100 мг/м ²	1 день 1 день 1-3 день	Кожні 3 тижні

Для пацієнтів, у яких хвороба реагує на хіміотерапію, пропонується профілактичне опромінення головного мозку в дозі 25 Гр за 10 фракцій.

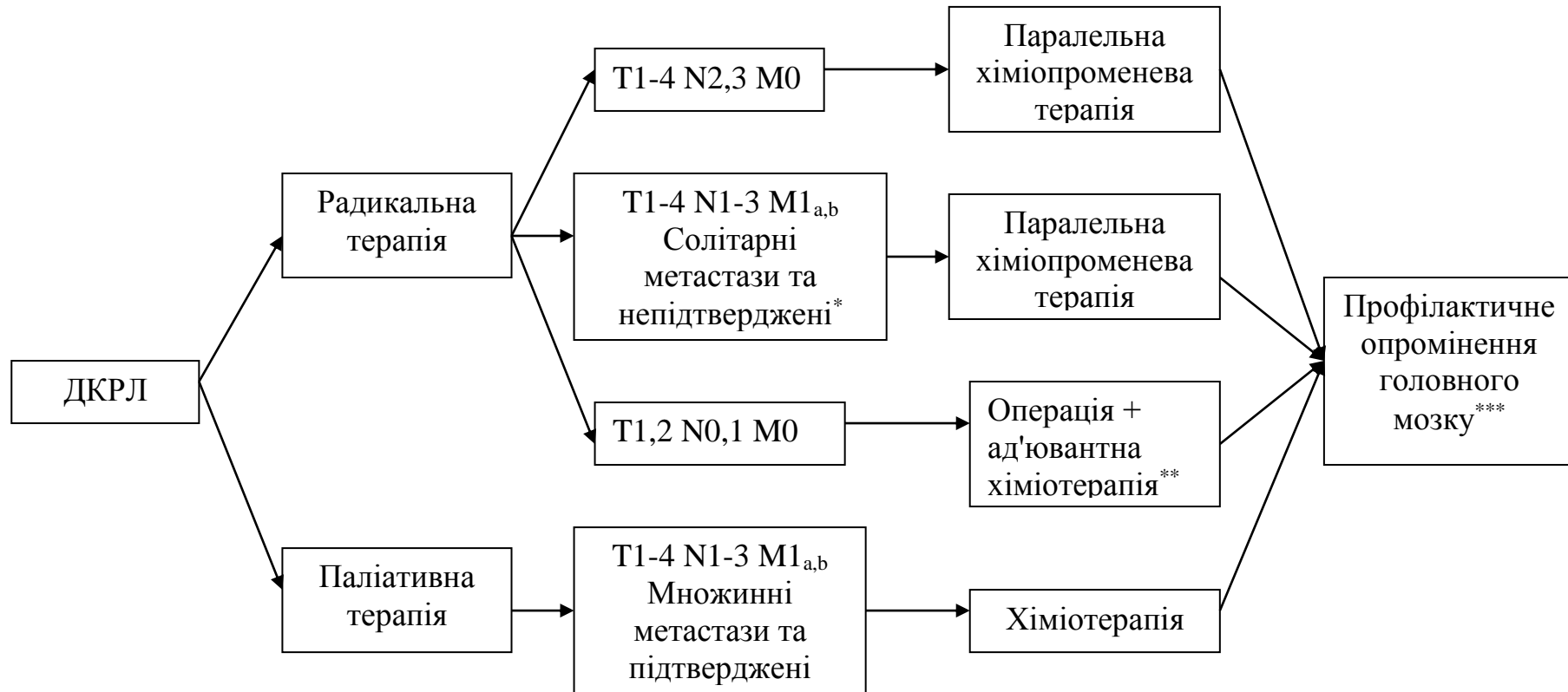
Пацієнти з ДКРЛ, які мали рецидив після терапії першої лінії, повинні пройти обстеження у хірурга-онколога. Якщо вони придатні для хіміотерапії, пропонується лікування антрацикліном або подальше лікування на основі платини максимум до шести курсів.

Променеву терапію застосовують для паліативного лікування місцевих симптомів у пацієнтів з ДКРЛ, які мали рецидив після терапії першої лінії.

Топотекан є препаратом монохіміотерапії другої лінії при рецидиві ДКРЛ. Рекомендованою дозою топотекану є 0,75 мг/м², що застосовується як щоденна 30-хвилинна внутрішньовенна інфузія у 1-й, 2-й та 3-й день. Такий режим лікування повторюється через 21 день протягом 6 курсів.

Променеву терапію застосовують для паліативного лікування місцевих симптомів у пацієнтів з ДКРЛ, які мали рецидив після терапії першої лінії.

4.3.3.3. Алгоритм лікування ДКРЛ



* Якщо нема підтвердження солітарних метастазів, променева терапія застосовується після оцінки первинної відповіді та виключається у разі вираженого метастатичного ураження

** Паралельна хіміопроменева терапія як альтернативний варіант

*** Стабілізація захворювання у випадку локальної форми ДКРЛ

4.3.4. Профілактика рецидиву захворювання

Попередження прогресування (генералізації, рецидиву) пухлини, що уже виникла в організмі досягається шляхом застосування сучасних оптимальних лікувальних технологій та ретельного своєчасного нагляду та обстеження пацієнтів, яким проведене спеціальне лікування злоякісних пухлин.

Профілактика рецидиву захворювання здійснюється кількома способами:

- Реалізація принципів абластики і антибластики (при хірургічному втручанні) – максимальне видалення пухлинних клітин при первинному лікуванні за рахунок адекватного об'єму операції;
- Проведення ад'ювантної хіміотерапії.
- Своєчасне виявлення та адекватне лікування рецидивів і поодиноких метастазів.

Також необхідним є попередження та своєчасне виявлення злоякісних пухлин інших локалізацій у пацієнтів, що вилікувані від раку.

4.3.5. Паліативна та симптоматична терапія

4.3.5.1. Ендобронхіальна обструкція

Ендотрахеальна або ендобронхіальна обструкції класифікуються як внутрішні, зовнішні та змішані. Внутрішні обструкції викликані пухлиною в порожнині дихальних шляхів, а зовнішні обструкції спричинені пухлиною, яка ззовні стискає дихальні шляхи. Симптоми можуть включати кашель, задишку і обструктивну пневмонію. Обструкція трахеї є небезпечною для життя і вимагає термінового обстеження та лікування.

З метою лікування ендобронхіальної обструкції застосовується дистанційна променева терапія (30 Гр за 10 фракцій протягом 3 тижнів) та/або ендобронхіальна циторедукція. Процедури ендобронхіального циторедуктивного втручання, як правило, не підходять в тих випадках, коли основною причиною обструкції дихальних шляхів є зовнішня компресія.

4.3.5.2. Злоякісний плевральний випіт

Задишка, спричинена плевральним випотом, може бути полегшена шляхом видалення рідини за допомогою аспірації голкою або постійного катетеру з вузьким отвором. Якщо аспірація або дренаж приносять полегшення, застосовують плевродез тальком.

4.3.5.3. Задишка

Причини задишки у пацієнтів з раком легені часто багатofакторні, а саме: обструкція пухлиною дихальних шляхів, лікування раку (наприклад, анемія від хіміотерапії) або супутні захворювання (хронічні захворювання легенів або хвороби серця, тривога, депресія і панічні розлади).

Застосовуються немедикаментозні методи: психологічна підтримка, контроль дихання, ходьба, техніка релаксації.

4.3.5.4. Кашель

Основою лікування є дистанційна променева терапія та медикаментозна терапія. Застосовуються опіюди, такі як кодеїн, якщо він

неефективний, замінюється на морфін. Інші протипухлинні методи лікування, такі як паліативна хіміотерапія і деякі ендобронхіальні методи лікування, також можуть принести полегшення.

4.3.5.5. Хрипота

Розвивається у зв'язку з розвитком паралічу гортанного нерву. Такі пацієнти потребують консультації отоларинголога.

4.3.5.6. Обструкція верхньої порожнистої вени

Пацієнтам з обструкцією верхньої порожнистої вени пропонують хіміо-та променеву терапію в залежності від стадії захворювання і загального стану.

Стентування розглядається для негайного полегшення важких симптомів обструкції верхньої порожнистої вени або після невеликого попереднього лікування.

4.3.5.7. Метастази в головному мозку

Лікування церебральних метастазів включає кортикостероїди, опромінення всього мозку або стереотаксичну променеву терапію, хіміотерапію, таргетні агенти і хірургічну резекцію.

4.3.5.8. Компресія спинного мозку

Пацієнти з компресією спинного мозку повинні отримати лікування протягом 24 годин. Застосовуються кортикостероїди, променева терапія, оперативне втручання там, де це необхідно. Якнайшвидше здійснюється направлення до фізіотерапевта та трудотерапевта для оцінки, лікування та реабілітації.

4.3.5.9. Метастази в кістки та патологічні переломи

Для пацієнтів з кістковими метастазами, що вимагають використання паліативних методів лікування та для яких стандартні знеболювальні препарати є неефективними, слід призначити однофракційну променеву терапію.

При розвитку кісткових ускладнень рекомендується застосування золедронової кислоти.

4.3.5.10. Хронічний больовий синдром

Лікування пацієнтів здійснюється згідно протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

4.3.5.11. Інші симптоми: втрата ваги, втрата апетиту, утруднене ковтання, втома і депресія

Інші симптоми, що свідчать про поширення злякисного новоутворення в тому числі втрата ваги, втрата апетиту, депресія і труднощі з ковтанням повинні лікуватися мультидисциплінарною командою, яка включає спеціалістів з підтримуючої і паліативної терапії (трудотерапевтів, фізіотерапевтів, дієтологів).

4.3.6. Лікування ускладнень специфічної протипухлинної терапії

4.3.6.1. Лікування проявів гастроінтестинальної токсичності хіміопрепаратів

Нудота та блювання – це найчастіші прояви диспепсичного

синдрому, якими супроводжується застосування хіміотерапії (ХТ).

1. Адекватна протиблювотна терапія обов'язково повинна проводитися профілактично та розпочинатися у перший день застосування ХТ.

2. При високо- та середньоеметогенній ХТ обов'язкове призначення комбінації дексаметазону з метоклопрамідом або з антагоністами серотонінових рецепторів (ондансетрон, тропісетрон).

3. Для попередження гострої та відстроченої нудоти і блювання при високо- або середньоеметогенній ХТ призначають апрепітант (у комбінації з іншими протиблювотними препаратами).

4. Для профілактики нудоти та блювання при низькоеметогенній ХТ призначають дексаметазон та/або метоклопрамід.

Закреп – проявляється тривалим утрудненням дефекації, нерегулярним випорожненням, що супроводжується дискомфортом або/та болем унизу черева. Якщо закреп був у пацієнта до початку ХТ, то хіміопрепарати можуть його посилити. Найбільший ризик розвитку закрепу є у літніх людей та пацієнтів, які мало вживають рослинну їжу з багатим вмістом клітковини.

Профілактика. Добова норма рідини повинна складати не менше 8 склянок (1600 мл) при відсутності протипоказань (набряки, гіпертонія). Необхідно обмежити вживання жирів, жирного м'яса, сиру та солодошів, вживати страви з нежирної яловичини, птиці, риби, овочів, а також продукти, що містять немелені зерна злаків (наприклад, «Геркулес»). Показані щоденні помірні фізичні навантаження.

Лікування. Симптоматично призначають проносні засоби: натрію пікосульфат, лактулоза, макрогол. Як ургентний засіб можуть бути призначені очисні клізми.

Діарея найчастіше виникає у вигляді цитотоксичного ентероколіту. Причинами діареї також можуть бути загострення супутніх захворювань (хронічний анацидний гастрит або ентероколіт, дисбактеріоз після антибактеріального лікування).

Лікування здійснюється з урахуванням патогенезу діареї. Призначають препарати що пригнічують перистальтику кишечника (лоперамід). При больовому синдромі призначають анальгетики та спазмолітики (дротаверин, платифілін, метамізол натрію тощо). При діареї, яка триває більше 48 год., призначають октреотид.

При поєднанні діареї з лихоманкою призначають антибіотики та проводять інфузійну терапію з метою компенсації електролітних порушень та запобігання гіповолемії та гіповолемічного шоку. Показаннями для проведення оральної регідратації є початкові прояви діареї та помірне (I-II ст.) зневоднення. Показання для проведення парентеральної регідратації – тяжкі форми зневоднення (III ст.) з ознаками гіповолемічного шоку, інфекційно-токсичний шок, поєднання ексикозу (будь-якого ступеня) з тяжкою інтоксикацією, олігурія або анурія, які не зникають після першого етапу регідратації, нестримне блювання та низька ефективність оральної регідратації впродовж 1 доби.

Дієтичне харчування має включати висококалорійну, механічно та

хімічно щадну їжу з достатньою кількістю білків та вітамінів. Заборонено вживати соки або фрукти, що сприяють бродильним процесам (наприклад, виноград, персики, абрикоси, груші, сливи). При відсутності протипоказань рекомендуються кисломолочні продукти (кефір, ацидофілін тощо), соки з чорної смородини, брусниці, чорноплідної горобини та їжа, збагачена крохмалем (наприклад, банани, рис).

4.3.6.2. Лікування анемії

Терапія еритропоетинами (ЕП) призначається пацієнтам з раком легені при анемії, яка виникла внаслідок хіміотерапевтичного лікування та не зумовлена іншими чинниками при зниженні рівня гемоглобіну < 100 г/л. Онкологічні хворі в термінальній стадії не підлягають терапії еритропоетинами. При терапії еритропоетином найбільш ефективним є застосування по 40 тис. ОД щотижня підшкірно, при неефективності терапії через 4 тижні підвищити дозу до 60 тис. ОД щотижня. Альтернативний режим застосування: 150 ОД/кг 3 рази на тиждень, при неефективності терапії через 4 тижні підвищити дозу до 300 ОД/кг 3 рази на тиждень. При застосуванні дарбепоетину початкова доза складає 6,75 мкг/кг один раз у три тижні або 2,25 мкг/кг один раз на тиждень. Корекція дози, тривалість терапії та відміна ЕП проводиться згідно з інструкцією для медичного застосування препарату.

Трансфузія еритроцитарної маси має бути ретельно обґрунтованою, проводиться пацієнтам з анемією для підтримання рівню гемоглобіну у межах 70-90 г/л. У пацієнтів із симптомами гіпоксії, гострою крововтратою з ознаками гемодинамічної нестабільності рівень гемоглобіну має бути у межах 80-100 г/л, а при гострих коронарних синдромах більшим 100 г/л.

Терапія при абсолютному та функціональному дефіциті заліза__– проводиться симптоматично згідно з відповідними медико-технологічними документами.

Якщо анемія спричинена мієлосупресивною дією протипухлинної терапії, може бути розглянута редукція ХТ в майбутньому.

4.3.6.3. Лікування тромбоцитопенії

Основним методом корекції тромбоцитопенії у пацієнтів з раком легені є трансфузія донорського тромбоконцентрату. Абсолютним показанням для проведення трансфузії донорських тромбоцитів є рівень тромбоцитів у пацієнта $< 10 \times 10^9$ /л (при гемобластозах - $< 20 \times 10^9$ /л). Для проведення малих інвазивних втручань рівень тромбоцитів має бути вищим за 50×10^9 /л, великих інвазивних втручань – вищим за 100×10^9 /л. Наявність важких кровотеч або ризик виникнення фатальних кровотеч потребує досягнення рівня тромбоцитів $> 100 \times 10^9$ /л.

За наявності геморагічного синдрому – трансфузія плазми свіжозамороженої.

4.3.6.4. Лікування інфекції при нейтропенії

У пацієнтів, які отримують хіміотерапію, ризик виникнення нейтропенії значно вищий, ніж у пацієнтів, які отримують інші види протипухлинного лікування (променева терапія, хірургічне втручання). З

метою попередження контакту з екзогенними мікроорганізмами пацієнтів, у яких передбачається тривала нейтропенія, необхідно термічно обробляти їжу; пацієнтів ізолювати в окремі палати, а медичний персонал повинен працювати в масках, ліки краще вводити через постійний венозний катетер.

Медикаментозна профілактика інфекцій показана при кількості нейтрофілів $< 0,1/\text{мкл}$ ($< 0,1 \times 10^9/\text{л}$) або $< 1,0/\text{мкл}$, при очікуваній тривалості нейтропенії >7 днів, а також при поширеному ураженні слизових оболонок або шкіри, бронхообструктивному синдромі, інфекціях, пов'язаних з нейтропенією, в анамнезі та інших факторах ризику.

Бажано встановити "мікробіологічний профіль" пацієнта до початку ХТ (зробити бактеріологічні посіви з поверхні шкіри, слизових оболонок ротоглотки, носових ходів, піхви/препуціального мішка, прямої кишки). Пацієнтам групи високого ризику профілактично призначають протимікробні лікарські засоби:

- антибактеріальна профілактика щодо грам-негативних бактерій (призначається ципрофлоксацин $500 \text{ мг} \times 2$ рази на добу);
- профілактика інфекції, викликані грибами роду *Candida*, доцільна при інтенсивних та високодозових режимах ХТ, наявності мукозиту. Призначається флуконазол, ітраконазол, позаконазол, вориконазол, каспофунгін;
- профілактика інвазивного аспергильозу не рекомендована;
- протівірусна профілактика проводиться при терапії флударабіном, бортезомібом, під час нейтропенії та ще 30 днів після ВДХТ (ацикловір, валцикловір для HSV, VZV та ганцикловір для CMV);
- профілактика інфекції *Pneumocystis carinii* доцільна при тривалій терапії глюкокортикоїдами (>20 мг/добу протягом 4 тижнів та більше).

Для попередження та боротьби з нейтропенією призначається Г-КСФ.

4.3.6.5. Лікування фебрильної нейтропенії

Фебрильна нейтропенія (ФН) – одноразове підвищення температури тіла пацієнта $> 38,3^\circ\text{C}$ або тривала температура тіла $38,0^\circ\text{C}$ більше 1 години при рівні абсолютної кількості нейтрофілів $< 0,5/\text{мкл}$ або $< 1,0/\text{мкл}$ у випадку, якщо очікується подальше їх зниження до $< 0,5/\text{мкл}$). Швидкість розвитку інфекції у пацієнтів з раком легень на тлі нейтропенії вимагає негайних лікувальних заходів.

План ведення пацієнтів з ФН:

1. Обстеження з метою уточнення характеру інфекції, яке включає:
 - ретельний огляд пацієнта та місця венозного катетеру;
 - бактеріологічне дослідження крові, сечі, мазки з носоглотки, ротоглотки, ушкоджених ділянок шкіри та копрокультура;
 - визначення антитіл до вірусу простого герпесу (HSV) та цитомегаловірусу (CMV), вірусологічне дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР);
 - рентгенографія/КТ легень та/або МРТ черевної порожнини, головного мозку, придаткових пазух носу.

2. Забезпечення постійного венозного доступу, якщо венозний катетер не був встановлений до цього моменту.
3. Не пізніше ніж впродовж 2 год з моменту появи симптомів ФН призначити емпіричну антибактеріальну терапію препаратами широкого спектру дії:
 - а) Пацієнти з низьким ризиком розвитку інфекційних ускладнень ФН, можуть отримувати антибіотики перорально (амоксцилін/клавулонова кислота + ципрофлоксацин).
 - б) Пацієнтам з високим ризиком розвитку інфекційних ускладнень ФН призначають антибіотики в/в;
 - в) Оцінка ефективності протимікробного лікування проводиться через 3 доби (при клінічному погіршенні стану пацієнта – раніше):
 - нормалізація температури тіла після початку протимікробної терапії та її збереженні впродовж 3 діб у пацієнта з низьким ризиком інфекційних ускладнень (нормалізація рівня нейтрофілів) – можна перейти на антибіотики перорально (наприклад, фторхінолони);
 - якщо за нормальної температури тіла зберігається високий ризик інфекційних ускладнень (нейтрофіли $< 0,1/\text{мкл}$, мукозит) – протимікробне лікування потрібно продовжувати;
 - при збереженні лихоманки впродовж 3 діб на тлі призначеної протимікробної терапії – зміна лікарського засобу;
 - після визначення збудника – модифікація схеми протимікробної терапії за результатами мікробіологічного дослідження.
 - г) Припинення протимікробної терапії проводиться при нормальній температурі тіла впродовж 3 діб, відсутності вогнищ інфекції, клінічній стабільності пацієнта та рівня нейтрофілів $> 1000/\text{мкл}$.
 - д) Якщо зберігається підвищена температура тіла, незважаючи на зміну протимікробних препаратів, необхідно продовжувати діагностичний пошук збудника з одночасним призначенням чутливих до нього антибіотиків.
4. Призначення супровідної інфузійної терапії (2-3 л/м² на добу).
5. Призначення гранулоцитарного колонієстимулюючого фактору (Г-КСФ) по 5 мкг/кг на добу п/шкірно.

4.3.6.6. Лікування токсичних флебітів та екстравазацій хіміопрепаратів

Токсичні флебіти та екстравазації (вихід поза межі кров'яного русла) хіміопрепаратів (ХП) є найбільш поширеними місцевими токсичними наслідками ХТ. Токсичний флебіт обумовлений дією препарату на стінку судини зсередини, екстравазація – дією ХП на оточуючі тканини при перфорації судини.

Фактори ризику розвитку токсичного флебіту та екстравазації ХП:

- пошкодження вени в анамнезі;
- застосування катетеру неадекватної довжини та діаметру відносно обраної вени;
- властивості застосованого ХП та його взаємодія з тканинами організму;

- висока концентрація та доза ХП;
- порушення судинного тону, яке сприяє надмірній кровотечі та поширенню пошкодження;
- супутні хвороби, що впливають на судини (лімфедема, цукровий діабет, захворювання периферичних судин, синдром верхньої порожнистої вени, гіпертензія тощо);
- ампутація кінцівки, що обмежує венозний доступ;
- пізні ускладнення променевої терапії у вигляді індурації м'яких тканин;
- одночасне введення конкурентних медикаментів;
- порушення техніки введення ХП.

Токсичні флебіти зазвичай розвиваються після декількох введень одного і того ж ХП або при високій концентрації ХП в інфузійному розчині. Часті наслідки токсичного флебіту: тромбоз, обтурація просвіту судини з можливою тромбоемболією, а іноді – косметичними дефектами м'яких тканин в місці флебіту. Клінічні прояви: сильний біль за ходом вени під час введення ХП, почервоніння, набряк шкіри та м'яких тканин над веною, набряк дистальних відділів кінцівки. Найчастіше токсичні флебіти розвиваються при ХТ із застосуванням доксорубіцину, вінорельбіну.

Екстравазація виникає під час в/венного введення ХП внаслідок його попадання з вени або катетера у оточуючі тканини. Наслідком екстравазації можуть бути ускладнення різного ступеня тяжкості від короткотривалих та легких (дискомфорт, гіперемія) до утворення везикул або ерозій, послаблення венозного відтоку. Якщо екстравазація сталася, то вона може тривати впродовж декількох місяців, згодом пошкоджуючи нерви, сухожилки та суглоби. При несвоєчасно розпочатому лікуванні екстравазації у подальшому може знадобитися хірургічне втручання, тобто пересадка шкіри або/навіть ампутація кінцівки. Тривалі пошкодження вени сприяють розвитку стриктур суглобів, невропатії, деформації та втраті функції органу, що може призвести навіть до загибелі пацієнта.

Ступінь ускладнень екстравазації залежить від класу ХП (табл. 7). Група А – це група низького ризику, включає нейтральні, запальні ХП та ірританти, які призводять до короткотривалих м'яких подразнюючих пошкоджень тканин, що зникають самостійно. Групи В та С (ексфоліанти та везиканти) відносяться до ХП високого ризику, екстравазації яких призводять до тяжких наслідків, що супроводжуються серйозними пошкодженнями навколишніх тканин.

Клінічні ознаки екстравазації ХП з *периферичної* вени: біль різної інтенсивності, зазвичай пекучий, почервоніння, набряк, виникнення пухирців біля входу катетера, пігментація шкіри; індурація, набряк, підтікання в місці встановлення катетера; відсутність зворотного кровотоку через катетер; ригідність поршню шприца під час болюсного введення ХП; відсутність самостійного кровотоку під час проведення інфузії. Рання поява щільної індурації з/без ущільнення в місці введення ХП є ознакою вірогідної екстравазації. Інколи виразки з'являються через 1-2 тижні, коли відторгнення струпу оголює типову поверхню виразки, вкриту жовтуватим фібрином та

оточену обідком персистуючої еритеми. Важливо відрізнити екстравазацію ХП від місцевої алергічної реакції, що найчастіше відбувається при введенні антрациклінів. Зазвичай, алергічна реакція має вигляд кропивниці або гіперемії за ходом або навколо пошкодженої вени. Вона не завжди супроводжується болем, набряком та втратою зворотного кровотоку і зникає, як правило, через 30-60 хв. після припинення введення ХП.

Таблиця 7

Класифікація цитотоксичних агентів залежно від їх потенційної ушкоджуючої дії

Нейтральні речовини (група А)	Ірританти (група А)	Ексфоліанти (група В)	Везиканти (група С)
Гемцитабін Циклофосфамід	Етопозид Карбоплатин Іринотекан	Доксорубіцин Цисплатин Доцетаксел Топотекан	Доксорубіцин Вінорельбін

Клінічні ознаки екстравазації ХП з *центральної* вени: лихоманка, біль або дискомфорт у плечі та шиї, біль, печія та набряк грудної стінки, жорстокий біль в грудній клітині при диханні (токсичне пошкодження плеври), підтікання рідини з місця встановлення катетеру, некроз шкіри та розширення тіні середостіння при рентгенографії. Найсерйознішими ускладненнями є індурація та рубцювання навколо сухожилків, нервів та суглобів, вторинна інфекція та формування абсцесу, контрактура та ампутація кінцівки

Профілактика токсичних флебітів та екстравазації ХП:

- Перед початком інфузії необхідно попередити пацієнта про можливі ускладнення ХТ та повідомити, на що слід звертати увагу і в яких випадках потрібно звертатися за медичною допомогою.
- Введення ХП має здійснюватися лише у закладах спеціалізованої допомоги досвідченим та кваліфікованим персоналом.
- Застосування того чи іншого виду катетерів (периферичний або центральний венний, артеріальний, імплантована інфузійна система венозного доступу – порт) повинно відповідати місцю їх встановлення.
- Обираючи судину для встановлення катетеру, слід уникати згинів та рухливих місць. Місце встановлення катетеру не повинно містити життєво важливих структур. Перевагу слід віддавати великій інтактній вені з задовільним кровотоком (оптимально – зона передпліччя).
- Інфузійний розчин ХП повинен готуватися відповідно до правил, зазначених в інструкції для застосування ХП.
- Швидкість інфузії обирається адекватно пропускну здатності вени, загальному об'єму інфузії, особливо при одночасному введенні кількох

ХП, а також відповідно рекомендаціям зазначеним в інструкції для застосування ХП.

- Якщо венозний доступ на периферичній вені недостатній або незадовільний, слід розглянути можливість встановлення центрального венозного катетеру (ЦВК) або порту.

Лікування токсичного флебіту:

- негайно зупинити введення ХП та зняти катетер;
- Оцінити місце пошкодження щодо наявності набряку, гіперемії, температури, пружності шкіри, суб'єктивних відчуттів та провести диференційну діагностику ускладнення з алергічною реакцією;
- Маркувати місце пошкодження кульковою ручкою як відправну точку для подальшого моніторингу;
- При необхідності – призначити антигістамінні лікарські засоби;
- Симптоматичне лікування місцевих проявів флебіту;
- Системно призначають антикоагулянти прямої дії,
- Симптоматичне лікування больового синдрому при відсутності протипоказань;
- Щоденний огляд місця пошкодження.

Тривалість лікування від 14 днів до 1-2 місяців.

Лікування екстравазації ХП з периферичного венозного катетеру:

- негайно зупинити введення ХП;
- Оцінити місце пошкодження судини щодо наявності набряку, гіперемії, температури, пружності шкіри, суб'єктивних відчуттів, а саме болю, відсутності чутливості;
- Шприцем повільно видалити кров та залишкову рідину з місця екстравазації, не тиснучи на місце ураження та працюючи у захисних окулярах і гумових рукавичках;
- Видалити катетер та маркувати місце пошкодження кульковою ручкою як відправну точку для подальшого моніторингу;
- Накласти стерильну серветку на місце пошкодження;
- Привести кінцівку у підвищене положення;
- При наявності пухирів на кінцівці аспірувати їх вміст стерильною голкою;
- Місцево – холодний компрес, при екстравазації ХП алкалоїдів барвінку – теплий компрес;
- Антidot до екстравазованого ХП (за наявності);
- При необхідності – призначити знеболюючі та антигістамінні лікарські засоби;
- Щоденний огляд місця пошкодження

Лікування екстравазації ХП з центрального венозного катетеру (ЦВК):

- негайно зупинити інфузію ХП;
- Оцінити площу пошкодження, об'єм та властивості екстравазованого ХП, місце пошкодження та необхідний обсяг медичної допомоги;
- Залишити (не видаляти) ЦВК на місці;

- Максимально аспірувати залишкову кількість ХП та кров через ЦВК (для зменшення площі пошкодження), працюючи у захисному обладнанні;
- Призначити антидот до екстравазованого ХП (за наявності);
- При необхідності – призначити знеболюючі та антигістамінні лікарські засоби;
- Обов'язково разом з анестезіологом вирішити питання щодо зміни венозного доступу;
- Щоденний огляд місця пошкодження;
- Симптоматичне лікування місцевих проявів;
- При екстравазації ХП групи А лікування розпочинається із застосування холоду (тепла – тільки для препаратів, що містять алкалоїди барвінку) по 20 хв. 4 р./день 3 дні, не допускаючи безпосереднього контакту зі шкірою; для ХП групи В за відсутності везикул – місцево аплікації диметилсульфоксиду (за наявності везикул диметилсульфоксид не застосовувати); для ХП групи С – п/шкірно навколо пошкодження ввести гіалуронідазу загальною дозою 128 ОД впродовж 14 днів.

Подальше лікування залежить від перебігу екстравазації. При ознаках інфікування зробити бактеріальний посів з рани та розпочати емпіричну протимікробну терапію. Протипоказано застосовувати вологі водні, спиртові та напівспиртові компреси, тиснучі пов'язки. Хірургічне лікування показано за наявності некрозу усієї товщі дерми з/без виразок та невгамовного болю.

Для цисплатину антидот – натрію тіосульфат (4,0 мл 10,0 % розчину в 6,0 мл води для ін'єкцій або 1,5 мл 30,0 % розчину в 8,5 мл води для ін'єкцій), який вводять навколо місця екстравазації п/шкірно або в/шкірно.

4.3.6.7. Лікування гіперчутливості до хіміопрепаратів

Антинеопластичні засоби можуть спричиняти алергічні реакції. Найбільш типовими проявами є бронхоспазм, болі в грудній клітці, висипання на шкірі та гіпотензія. Премедикація дексаметазоном та антигістамінами лікарськими засобами призначається для профілактики алергічних реакцій. У випадку розвитку алергічних реакцій важкого ступеню необхідно негайно розпочати лікування згідно з відповідними медико-технологічними документами. У випадку реакцій легкого та середнього ступеню може бути достатньою тимчасова зупинка інфузії.

4.3.6.8. Лікування шкірної токсичності

Доксорубіцин часто спричинюють акральну еритему або так званий долонно-підшовний синдром. Лікування включає редуцію дози, збільшення інтервалу між курсами та симптоматичну терапію. Можливо призначення глюкокортикоїдів внутрішньо чи локально. Піридоксин може також призначатися для профілактики і лікування.

4.3.6.9. Профілактика та лікування панкреатиту

Розвиток гострого панкреатиту можуть зумовити препарати платини, доксорубіцин. Лікування симптоматичне згідно з відповідними медико-технологічними документами.

4.3.6.10. Токсичні гепатити

Гепатотоксичні реакції можуть спостерігатися під час використання

практично всіх груп цитостатиків. У середньому під час застосування комбінованої хіміотерапії гепатотоксичність відзначають у 10-15% випадків, при цьому вона обумовлена ушкодженням гепатоцитів з розвитком жирової дистрофії, гепатоцелюлярного некрозу та фіброзу, появою протокових порушень із холестаазом. Під час проведення ХТ виконується лабораторний контроль печінкових проб, оскільки клінічні прояви токсичного гепатиту можуть бути відсутні. Лікування симптоматичне згідно з відповідними медико-технологічними документами.

4.3.6.11. Лікування проявів нефротоксичності хіміопрепаратів

Більшість цитостатиків виводиться нирками, а деякі з них, такі як цисплатин, метаболізуються в них. До основних механізмів негативної дії протипухлинних препаратів на нирки належать їх безпосередня цитотоксичність і аутоімунний характер ускладнень. Ступінь токсичного ураження нирок цитостатиками залежить від дози препарату, супутньої патології нирок, кліренсу креатиніну, діурезу. Нефротоксичність по-різному проявляється під час застосування різних протипухлинних препаратів: наприклад, цисплатин спричинює тубулярний некроз; циклофосфамід – гострий геморагічний цистит. Основним показником функціонального стану нирок є кліренс креатиніну – показник клубочкової фільтрації. Порушення функції нирок у процесі хіміотерапії є найбільш вираженим під час застосування похідних платини. Для запобігання токсичного ураження нирок у разі використання цисплатину застосовують гіпергідратацію. У лікуванні ниркової токсичності створюють стан форсованого діурезу введенням 2,5-3 л рідини, а потім фуросеміду (40-80 мг), 1-2% гідрокарбонату натрію. З метою попередження нефротоксичності у хворих із підвищеним ризиком розвитку цього ускладнення проводять динамічний моніторинг за загальним аналізом сечі та рівнем креатиніну в сироватці крові.

4.3.6.12. Лікування нейротоксичних ускладнень

Нейротоксичну дію проявляють препарати платини, яка може бути досить різноманітною:

- **Функціональні порушення** (астенія, депресія, зниження апетиту, сонливість, гіпотонія, психотичні реакції і галюцинації);
- **Токсичні неврити і поліневрити.** Характерні скарги на зубний біль, біль в нижній щелепі. Одночасно або трохи згодом з'являється біль в кінцівках, в животі, слабкість окремих груп м'язів. Нерідко розвивається картина парезу кишечника (закрепи). Ці зміни досить стійкі, резистентні до лікування і відновлення функції майже ніколи не буває повним. Лікування поліневриту полягає у відміні цитостатика, призначенні вітамінів групи В (піридоксин, тіамін), ніотинової і глутамінової кислот, гама-аміномасляної кислоти, при необхідності – неостигміну. В подальшому для продовження ПХТ вибирають схеми, які не містять нейротоксичних цитостатиків.
- **Ураження ЦНС** проявляється різноманітною симптоматикою: від сонливості і депресія до атаксії, судом, галюцинацій і коми. Слід пам'ятати:

1. Як правило в продромальному періоді хворий висловлює відповідні скарги і проявляються „малі” симптоми: анізокорія, ністагм, дискоординація рухів, порушення мови.
 2. ПХТ може спровокувати прояв вже існуючих мозкових метастазів.
- **Парестезії.** Вони як правило перебігають легко і не потребують лікування.

4.3.6.13. Лікування ускладнень з боку серцево-судинної системи

Ускладнення з боку серцево-судинної системи проявляються токсичною дією на міокард і судини. Ця побічна дія притаманна антрацикліновим антибіотикам (доксорубіцин). До, під час і після введення доксорубіцину необхідно оцінювати функцію серця (за допомогою ЕКГ, ехокардіографії та вимірів фракції викиду).

- Корекція дистрофії міокарда проводять засобами, що поліпшують обмінні процеси в серцевому м'язі: тіамін, кислота аденозинтрифосфорна, інозин, пірідоксин.
- Корекція недостатності кровообігу (без брадікардії) – серцеві глікозиди (дигоксин), невеликі дози діуретиків, оротат калію.
- Корекція аритмії з тахікардією без гіпотензії і бронхоспазму – застосування невеликих доз пропранололу.
- Корекція загострення ішемічної хвороби – включення до схеми коронаролітиків (нітрогліцерин).
- Для лікування важких кардіотоксичних ускладнень – реанімаційні заходи, як при інфаркті міокарда, з постійним моніторингом ЕКГ. Суворий ліжковий режим.

4.3.6.14. Лікування проявів легеневої токсичності

Легенева токсичність проявляється двома синдромами, по суті – двома стадіями одного процесу:

- Гостра інтерстиціальна пневмонія.
- Легеневий фіброз.

Пневмонія може перебігати у стертій малосимптомній формі, тому на практиці зустрічаються випадки пневмофіброзу без пневмонії в анамнезі. Фіброз практично невиліковний і допомога може бути, на жаль, тільки симптоматичною. Тому гостро стоїть питання про профілактику, яка полягає в диференційованому призначенні і дотриманні режиму дозування препаратів, що мають легенева токсичність, таких як блеоміцин; призначенні поліферментних препаратів, що мають фібринолітичну і розсмоктуючу дії.

Лікування пневмонії традиційне, але має особливості:

1. Антибактеріальні препарати призначають профілактично, тому вибирають засоби широкого спектру дії і нефорсовані схеми;
2. Практично завжди призначають кортикостероїди, часто високими дозами.
3. Повністю протипоказані біостимулятори (алое, плазмол, пантокрин тощо) і обмежена вітамінотерапія.
4. Повністю протипоказані фізіотерапевтичні процедури, за винятком інгаляцій.

4.3.7. Нетрадиційні методи лікування

Альтернативні методи лікування, як правило, спрямовані на полегшення симптомів, часто шляхом емоційної та психологічної підтримки, і можуть використовуватися разом з іншими методами лікування раку. Широкий спектр втручань доступний в закладах охорони здоров'я, а також у волонтерських і незалежних організаціях. До них відносяться самопомога через медитацію, релаксацію, контактна терапія як масаж, рефлексотерапія і ароматерапія і більш усталені методи, як гомеопатія і акупунктура.

4.4. Диспансеризація

Диспансеризацію пацієнтів з раком легені здійснює районний онколог. Суть диспансеризації полягає в ретельному своєчасному обстеженні пацієнтів, що закінчили лікування з приводу раку легені, наданню їм необхідної реабілітації та симптоматичної терапії, нагляду за пацієнтами з інкурабельними пухлинами, коригуванню симптоматичної терапії, що проводиться лікарями загальної практики - сімейними лікарями.

Періодичність диспансерного нагляду різниться в залежності від терміну з моменту закінчення спеціального лікування. Так, пацієнти, що закінчили лікування, в перший рік потребують обстеження не рідше одного разу в три місяці, на протязі другого та третього років повинні обстежуватися не рідше одного разу на шість місяців, в подальшому обстеження повинне бути проведеним не рідше одного разу на рік.

4.5. Алгоритм реабілітації

Реабілітація пацієнтів, які перенесли лікування з приводу раку легені, направлена на позбавлення медичних, соціальних, трудових проблем. Ускладнення або реакції після спеціального лікування (хірургічного, променевої терапії, хіміотерапії) найчастіше можуть бути у вигляді розвитку дихальної недостатності. Тому реабілітація після лікування раку легені включає медикаментозне лікування, фізіотерапевтичне лікування, ЛФК, психофармакотерапію. Важливою є не тільки психосоціальна, але й трудова реабілітація.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

5.1. Вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

5.1.1. Кадрові ресурси

Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики - сімейної медицини, які повинні періодично підвищувати кваліфікацію з питань діагностики та паліативної допомоги при раку легені на короткотермінових курсах в регіональному онкологічному закладі. В

сільській місцевості така допомога здійснюється фельдшером (медичною сестрою), які мають відповідну підготовку «Медсестринство в онкології».

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Інформаційні матеріали на теми: «Своєчасна діагностика раку легені», «Роль флюорографії у діагностиці раку легені». Обладнання відповідно до Табеля оснащення закладів.

5.2. Вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу

5.2.1. Кадрові ресурси

Вторинну медичну допомогу надає лікар-онколог поліклініки або районний онколог. Медичні сестри (фельдшери), які допускаються до догляду за пацієнтами на всіх рівнях, також повинні пройти спеціальну підготовку «Медсестринство в онкології».

Для повноцінного обстеження пацієнтів необхідна участь лікарів інших спеціальностей: функціональних діагностів, рентгенологів, хірургів (онкоторакальних хірургів), ультразвукового діагноста, лікарів-лаборантів.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

На вторинному рівні МСД необхідне: рентгенодіагностичне обладнання, ультразвуковий діагностичний апарат, електрокардіограф, спірограф, лабораторне обладнання, загальноклінічне та морфологічне обладнання.

При наданні медичної допомоги пацієнтам на рак легені в процесі спеціального лікування потрібно: перев'язувальний матеріал, хіміотерапевтичні засоби, анальгетики (ненаркотичні і наркотичні), лабораторні реактиви і обладнання, рентгенівська плівка, гель для УЗД, дезінфікуючі і миючі засоби, розчин етанолу, шприци, бланки медичних документів, комп'ютерна техніка для роботи з інформацією.

5.3. Вимоги до установ, що надають третинну медичну допомогу

5.3.1. Кадрові ресурси

Лікарі: онколог, хірург-онколог, лікар з променевої терапії, хіміотерапевт, лікар з функціональної діагностики, лікар з ультразвукової діагностики, радіолог, рентгенолог, ендоскопіст, анестезіолог, лікар-лаборант, патологоанатом.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до Табеля оснащення закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу онкологічним хворим.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

1. Антинеопластичні засоби: Вінорельбін, Гемцитабін, Gefітиніб, Доксорубіцин, Доцетаксел, Іринотекан, Ерлотиніб, Етопозид, Карбоплатин, Паклітаксел, Пеметрексед, Топотекан Циклофосфамід, Цисплатин.
2. Глюкокортикоїди: Дексаметазон, Метилпреднізолон, Преднізолон.
3. Антианемічні засоби: Дарбепоетин альфа, Еритропоетин.
4. Продукти донорської крові (які можуть виготовлятися в закладах служби

крові): Еритроцити, Тромбоцити, Компоненти крові вірусінактивовані, Плазма свіжозаморожена.

5. Колоніестимулюючі фактори: Ленограстим, Філграстим.

6. Кровозамінники та перфузійні розчини: Глюкоза, Кальцію глюконат, Магнію сульфат, Манітол, Натрію гідрокарбонат, Натрію тіосульфат, Натрію хлорид, Розчин альбуміну людини.

7. Ретиноїди: Третиноїн.

8. Засоби для усунення токсичних ефектів протипухлинної терапії: Кальцію фолінат, Месна.

9. Протиблювотні засоби та засоби, що усувають нудоту: Апрепітант, Ондансетрон, Тропісетрон.

10. Анальгетичні засоби – опіоїди: Морфін, Кодеїн, Морфін + наркотин + папаверин + кодеїн + тебаїн, Тримеперидин, Фентаніл, Парацетамол + дицикловерин + декстропропосифен, Бупренорфін, Буторфанол, Налбуфін, Трамадол, Трамадол + Парацетамол.

11. Неопіодні анальгетики (інші анальгетики та антипіретики): Кислота ацетилсаліцилова, Ацетилсаліцилат лізину, Кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, Кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, Метамізол натрію, Метамізол натрію + дифенгідрамін, Метамізол натрію + кофеїн-бензоат натрію, Метамізол натрію + парацетамол + кофеїн-бензоат натрію + фенобарбітал + кодеїн, Парацетамол, Парацетамол + ібупрофен, Парацетамол + кислота аскорбінова, Парацетамол + дицикловерин, Парацетамол + диклофенак, Парацетамол + декстрометорфан, Парацетамол + фенілефрин, Нефопам.

12. Протимікробні засоби: Амікацин, Амоксицилін + Клавуланова кислота, Амфотерицин В, Ацикловір, Ванкоміцин, Валцикловір, Вориконазол, Ганцикловір, Іміпенем + Циластатин, Ітраконазол, Каспофунгін, Лінезолід, Меропенем, Метронідазол, Позаконазол, Сульфаметоксазол + Триметоприм, Флуконазол, Цефепім, Цефоперазон, Цефтазидим, Ципрофлоксацин.

13. Антитромботичні засоби: Гепарин, Далтепарин, Еноксапарин, Надропарин.

14. Бісфосфонати: Кислота золедронна, Кислота ібандронна, Кислота клодронна, Кислота памідронна.

15. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп в терапії супроводу: Алопуринол, Бензидамін, Гіалуронідаза, Диметилсульфоксид, Дифенгідрамін, Допамін, Дротаверин, Клемастин, Лактулоза, Лоперамід, Макрогол, Натрію пікосульфат, Октреотид, Піридоксин, Платифілін, Повідон-йод, Фуросемід, Хлоропірамін.

VI. Індикатори якості медичної допомоги

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта локального протоколу ведення пацієнта з раком легені;

6.1.2. Наявність у закладі високоспеціалізованої допомоги локального протоколу ведення пацієнта з раком легені;

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду.

6.1.4. Відсоток випадків рака легені, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено морфологічно.

6.1.5. Вживаність пацієнтів з раком легені.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта локального протоколу ведення пацієнта з раком легені.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак легені».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) на первинному рівні охорони здоров'я регіону. Якість медичної допомоги пацієнтам з раком легені, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинним УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 р. – 50 %

2015 р. – 90 %

2016 р. та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями/дільничними терапевтами (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів/дільничних терапевтів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів/дільничних терапевтів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів/дільничних терапевтів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів/дільничних терапевтів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з раком легені (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем/дільничним терапевтом (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) **Наявність у закладі високоспеціалізованої допомоги локального протоколу ведення пацієнтів з раком легені.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак легені».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги хворим на рак легені, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 50%

2015 рік – 90%

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються закладами високоспеціалізованої допомоги, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх закладів високоспеціалізованої допомоги, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість закладів високоспеціалізованої допомоги, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з раком легені (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість закладів високоспеціалізованої допомоги, зареєстрованих в районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість закладів високоспеціалізованої допомоги, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги хворим на рак легені (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з раком легені.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак легені».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого,

а також наявність або відсутність повторних загострень захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар загальної практики - сімейний лікар/дільничий терапевт (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики - сімейний лікар/дільничий терапевт (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями/дільничими терапевтами (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о), затвердженої наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (далі - форма № 025/о) або Реєстраційній карті хворого на злоякісне новоутворення (форма № 030-6/о), затвердженої наказом МОЗ України № 302 від 27 грудня 1999 року «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)» (далі - форма № 030-6/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем/дільничим терапевтом (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма № 025/о, форма № 030-6/о).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів/дільничих терапевтів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо

загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта (амбулаторії сімейної медицини), з діагнозом «Рак легені», а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта протягом звітного періоду.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом «Рак легені». Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о);

Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення (форма № 030-6/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом «Рак легені», для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності рецидивів захворювання або проявів його прогресування. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма № 025/о), вкладний листок № 2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого"). Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення (форма № 030-6/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4.А) Відсоток випадків рака легені, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено морфологічно.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак легені».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташованих на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

б) Організація (заклад охорони здоров'я), який надає дані: Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташованих на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: автоматизована обробка даних

популяційного канцер-реєстру.

Чисельник та знаменник індикатора обчислюються автоматизованою системою ведення популяційного канцер-реєстру.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість випадків рака легені, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування. Джерелом інформації є:

Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення (форма № 030-6/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість випадків рака легені, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування, для яких задокументований факт морфологічного підтвердження діагнозу.

Джерелом інформації є:

Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення (форма № 030-6/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5.А) Виживаність пацієнтів з раком легені.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак легені».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Показник відносної виживаності має розраховуватися за допомогою уніфікованого програмного забезпечення Національним канцер-реєстром України, в якому реалізована відповідна методологія. Доцільне обчислення показника 1-річної, 2-річної, 3-річної, 4-річної, 5-річної відносної виживаності в розрізах за статтю та стадією хворих. Неприпустимі прямі порівняння показника відносної виживаності з аналогічними показниками, обчисленими за іншою методологією (1-річна летальність; відсоток хворих, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу; відсоток хворих, що перебувають на онкологічному обліку 5 років і більше тощо). На валідність показника відносної виживаності впливає повнота даних про життєвий стан хворих, що перебувають на онкологічному обліку. При значній (більше 5%) кількості випадків, цензурованих через відсутність достовірної інформації про життєвий стан хворих, можлива систематична помилка при порівняннях. Міжрегіональні порівняння показника відносної виживаності мають проводитися з урахуванням статистичної похибки, слід зважати на загалом недостатню кількість хворих для проведення щорічних міжрегіональних порівнянь. Дані відносної виживаності хворих на рак легені, встановлені в 2000-2005 роках, наведені в Бюлетені Національного канцер-реєстру України №11 "Рак в Україні, 2008-2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби" (інтернет-посилання на сайті Національного канцер-реєстру: http://ncru.inf.ua/publications/BULL_11/pdf/6_13_surv_tbl.pdf).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: Національний канцер-реєстр України.

б) Організація (заклад охорони здоров'я), який надає дані: Канцер-реєстри, інформаційно-аналітичні відділи онкологічних закладів, розташованих на території обслуговування. Національний канцер-реєстр України.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: автоматизована обробка даних популяційного канцер-реєстру.

Показник відносної виживаності обчислюються автоматизованою системою ведення популяційного канцер-реєстру. При обчисленні враховуються вікові показники очікуваної смертності загальної популяції. Пацієнти, які вибули з під диспансерного нагляду (відсутні відомості про життєвий стан хворого менш ніж через 5 років після встановлення діагнозу), цензуються.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість хворих на рак легені, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування. Зі знаменника виключаються хворі, які мають більше одного злякисного діагнозу (множинні раки).

Джерелом інформації є:

Реєстраційна карта хворого на злякисне новоутворення (форма № 030-б/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість хворих на рак легені, зареєстрованих протягом звітного періоду на території обслуговування, які прожили 5 років і більше з моменту встановлення діагнозу.

Джерелом інформації є:

Реєстраційна карта хворого на злякисне новоутворення (форма № 030-б/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Рак легені», 2014.
2. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 22.01.1996 № 10 «Про створення національного канцер-реєстру України».
4. Наказ МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України».
5. Наказ МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».
6. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
7. Наказ МОЗ України від 27.07.1998 № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей».
8. Наказ МОЗ України від 05.05.2003 № 191 «Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика - сімейна медицина»».
9. Наказ МОЗ України від 15.12.2009 № 954 «Про затвердження Примірного табеля оснащення основним медичним обладнанням та виробами медичного призначення лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим».
10. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
11. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
12. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
13. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

- 14.Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
- 15.Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
- 16.Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

Додаток 1
до уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Рак легені»

Класифікації та стадіювання раку легені

Класифікація раку легень за системою TNM сьомого перегляду (2009 р.)

T (tumor, пухлина)

TX		Первинна пухлина не може бути оцінена, злоякісні клітини виявлені в мокротинні або бронхіальних змивах, але не виявляються рентгенологічно чи при бронхоскопії
T0		Не має ознак первинної пухлини
Tis		Преінвазивна карцинома (carcinoma in situ)
T1		Пухлина < 3 см в найбільшому вимірі, оточена легеневою тканиною або вісцеральною плеврою без видимої інвазії проксимальніше дольового бронху при бронхоскопії
	T1a	Пухлина < 2 см в найбільшому вимірі
	T1b	Пухлина > 2 см але < 3 см в найбільшому вимірі
T2		Пухлина > 3 см але < 7 см в найбільшому вимірі або пухлина, яка має наступні ознаки: <ul style="list-style-type: none"> • розповсюджується на головний бронх; • проксимальний край пухлини-\geq 2 см від каріни; • інвазія вісцеральної плеври; • супроводжується ателектазом або обструктивною пневмонією, які поширюються на корінь легені, але не залучають всю легеню
	T2a	Пухлина > 3 см але < 5 см в найбільшому
	T2b	Пухлина >3 см але < 7 см в найбільшому
T3		Пухлина > 7 см або така, що має слідуєчі ознаки: <ul style="list-style-type: none"> • інвазія парієтальної плеври, грудної стінки (включаючи пухлини верхньої борозни), діафрагми, діафрагмального нерву, медіастінальної плеври або парієтального листка перикарду • пухлина головного бронху (< 2 см від каріни^a але без її інфільтрації) • супутній ателектаз або обструктивна пневмонія всієї легені або окремих пухлинний вузол (вузли) в тій самій долі
T4		Пухлина будь-яких розмірів, яка інфільтрує наступні структури:

	середостіння, серце, великі судини, трахею, поворотний гортанний нерв, стравохід, тіла хребців, каріну, або є окремий пухлинний вузол в іншій долі тієї ж легені
--	--

^a – нетипове поверхнєве поширення будь-якого розміру з інвазією, що обмежена стінкою бронху, яке може переходити проксимально на головний бронх, класифікується як T1a.

N (regional lymph nodes, регіонарні лімфатичні вузли)

NX	Не можна оцінити стан регіонарних лімфатичних вузлів
N0	Немає метастазів в регіонарних лімфатичних вузлах
N1	Метастази в периферійних та/або лімфатичних вузлах кореня легені і внутрішньолегеневих вузлах на боці ураження, включаючи безпосереднє поширення пухлини на лімфатичні вузли
N2	Метастази в лімфатичних вузлах середостіння на боці ураження та/або біфуркаційних лімфатичних вузлах
N3	Метастази в контралатеральних лімфатичних вузлах середостіння, контралатеральних вузлах, кореня легені, прискалених чи надключичних з будь-якого боку

M (distant metastasis, відділені метастази)

M0	Немає віддалених метастазів
M1	Наявні віддалені метастази
M2	Пухлинний вузол (вузли) в контралатеральній легені або злоякісний плевральний (чи перикардіальний) випіт ^b
M3	Віддалені метастази

^b – більшість випадків плеврального чи перикардіального ексудату при раку легені пов'язано з пухлиною. У не багатьох випадках, однак, численні цитологічні дослідження (не менше 3) плевральної (перикардіальної) рідини негативні щодо пухлинних клітин, яка не є геморагічною та не має характеру ексудату. Якщо ці ознаки і клінічні дані заперечують зв'язок випоту та пухлини, випіт повинен бути виключений як елемент студіювання, пухлина класифікується як M0.

Групування за стадіями

Стадія	TNM
Прихована карцинома	TXN0M0
0	TisN0M0
IA	T1a-bN0M0
IB	T2aN0M0
IIA	T2bN0M0 T1a-bN1M0

Стадія	TNM
	T2aN1M0
IIВ	T2bN1M0 T3N0M0
IIIА	T1a-bN2M0 T2a-bN2M0 T3N1-2M0 T4N0-1M0
IIIВ	T1a-bN3M0 T2a-bN3M0 T3N3M0 T4N2-4M0
IV	Any T Any N M1a-b

Поділення III стадії раку легені на групи

IIIА-0	T3N1 або T4N0-1, тобто без N2 ураження
IIIА-1	N2 виявлені мікроскопічно при вивченні операційного матеріалу
IIIА-2	N2 виявлені в одній групі (station) інтраопераційно
IIIА-3	N2 виявлені в одній або більше групах при доопераційному обстеженні (медіастіноскопія, інші види біопсії, КТ, ПЕТ)
IIIА-4	Масивні та/або інфільтративні N2
IIIВ	N3 метастази

Картування регіонарних легеневиx лімфатичних вузлів

Надключичні вузли

1. Нижні шийні, надключичні та вузли грудинної вирізки **1R, 1L**

Верхні медіастінальні вузли (2-4)

2R. Верхні паратрахеальні праві

2L. Верхні паратрахеальні ліві

3A. Преваскулярні

3P. Превертебральні

4R. Нижні паратрахеальні праві

4L. Нижні паратрахеальні ліві

Аортальні вузли (5-6)

5. Субаортальні

6. Пара-аортальні

Нижні медіастінальні вузли (7-9)

7. Субкарінальні (біфуркаційні)

8. Параезофагальні

9. Легеневої зв'язки

Вузли воріт легень, сегментарні та субсегментарні (10-14)

10. Вузли воріт легень
11. Міжчасткові
12. Часткові
13. Сегментарні
14. Субсегментарні

! – 1 група лімфатичних вузлів відноситься до N3, 2-9 до N2, 10-14 до N1.

Клініко-анатомічна класифікація раку легені

I. Центральний рак – (ендобронхіальний, перибронхіальний, розгалужений). Пухлина локалізується в головному, дольовому або сегментарному (субсегментарному) бронхах.

II. Периферичний рак розвивається з дрібних бронхів, бронхіол (кулеподібний, пневмоніє подібний, рак Пенкоста – верхівки легені або рак верхньої борозни).

III. Атипові форми (медіастинальний рак, міліарний карциноматоз, мозкова, кісткова, печінкова форми), обумовлені особливостями росту та метастазування.

Класифікація дрібноклітинного раку легені з позиції променевої терапії

Критерій цього поділення – технічні можливості включення патологічного процесу в зону опромінення.

Локалізований процес обмежений гемотораксом з можливим ураженням однобічних надключичних та протилежних лімфатичних вузлів кореня легені та середостіння.

Розповсюджений процес виходить за ці межі та включає також метастази в легеню з боку ураження та злоякісний випіт.

Гістологічна класифікація раку легені ВООЗ

1. Плоскоклітинна карцинома:
 - Папілярна
 - Світлоклітинна
 - Дрібноклітинна
 - Базаліоїдна
2. Дрібноклітинна карцинома
 - Комбінована
3. Аденокарцинома
 - Ацинарна
 - Папілярна
 - Бронхіолоальвеолярна:
 - Немуціозна
 - Муціозна

- Змішана немущінозна та муцінозна або з проміжним типом клітин
 - Солідна зі слизопродукуванням
 - Аденокарцинома з різними типами клітин змішана
 - Інші варіанти аденокарциноми:
 - Диференційована фетальна аденокарцинома
 - Муцінозна (колоїдна) аденокарцинома
 - Муцінозна цисто аденокарцинома
 - Перстеневидноклітинна аденокарцинома
 - Світлоклітинна аденокарцинома
4. Крупноклітинна карцинома
- Крупноклітинна нейроендокринна карцинома
 - Комбінована крупноклітинна нейроендокринна карцинома
 - Базалоїдна
 - Лімфоепітеліомоподібна
 - Світлоклітинна
 - Крупноклітинна карцинома з рабдоїдним фенотипом
5. Аденосквамозна карцинома (залозисто-плоскоклітинна)
6. Карциноми з плеоморфними, саркомоподібними або саркоматозними елементами:
- Карциноми з веретеноподібними і/або гігантськими клітинами:
 - Плеоморфна
 - Веретенноклітинна
 - Гігантоклітинна
 - Карциносаркома
 - Бластома легені
 - Інші
7. Карциноїдні пухлини:
- Типовий карциноїд
 - Атиповий карциноїд
8. Карцинома бронхіальних залоз:
- Мукоепідермоїдна карцинома
 - Аденокістозна карцинома
 - Інші
9. Некласифіковані карциноми

Додаток 2
до уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Рак легені»

Пам'ятний листок для пацієнтів, що отримують хіміотерапію

Хіміотерапія - це особливий метод лікування онкологічних захворювань за допомогою спеціальних ліків, що пригнічують ріст пухлинних клітин. Хіміотерапія завжди проводиться досвідченим лікарем-онкологом, схема лікування і доза препаратів підбираються індивідуально, згідно стандартів терапії. Препарати вводяться внутрішньовенно, внутрішньом'язево або в таблетках внутрішньо.

Ускладнення хіміотерапії (небажані побічні дії цитостатичних препаратів) виникають часто, але у більшості випадків короточасні та незначно виражені.

Які ускладнення найбільш ймовірні у Вашому випадку і що можете зробити саме Ви для того, щоб максимально зменшити прояви таких ускладнень.

Нудота є одним з найчастішим ускладненням після хіміотерапії. Ступінь та тривалість нудоти залежать від препаратів які вводять, дози та режиму їх введення. Сучасні протиблювотні препарати, якими супроводжують лікування, дозволяють більшості хворих не відчувати погіршення самопочуття. Необхідно пам'ятати, що нудота та блювання, навіть, якщо вони виникли, тимчасові.

Що необхідно робити під час застосування хіміотерапії:

- Їжа повинна бути помірно теплою, м'якою, без різкого запаху.
- Уникати надмірно солодкої, соленої, гострої та жирної їжі.
- Уникати різких запахів (парфумів, кухні, диму)
- Рекомендуються прохолодні освітлені фруктові соки без цукру. Не пити газованих напоїв.
- Інколи можливо посмоктати кусочок лимона або льоду.
- Носити вільну одягу.
- Необхідно намагатися відволікатись від неприємних відчуттів - спілкування з друзями, прослуховування музики, перегляд телевізору під час прийому їжі.

Випадіння волосся (алопеція) розвивається не у всіх пацієнтів. Ступінь випадіння волосся може бути різноманітним - від легкого стоншування волосся до їх повного випадіння. Після закінчення хіміотерапії волосся відростає заново.

Для зменшення алопеції необхідно:

- Користуватися пом'якшуючими шампунями.

- Не використовуйте фен, бігуді.
- Коротка стрижка робить випадіння волосся менш помітним

Стоматит - запалення слизової оболонки порожнини рота.

При цьому з'являються почервоніння, набряк, болючість, інколи виразки в роті на губах. Ще до початку хіміотерапії необхідно відвідати стоматолога, просанувати порожнину рота.

При появі стоматиту: негайно повідомте про це своєму лікуючому лікарю, він призначить вам необхідне лікування.

- Зуби потрібно чистити лише м'якою щіткою, не травмуючи ясна.
- Користуйтеся ополіскувачем, який рекомендований лікарем, після кожного прийому їжі.
- Вживайте їжу лише кімнатної температури.
- Їжа повинна бути м'якою, не подразнюючою слизові оболонки (дитяче харчування, молочні продукти, яйця, картопляне пюре, банани, печені яблука, желе).
- Уникайте гострої, солоної, кислої, грубої їжі. Не бажано вживати томати та цитрусові.
- Змащуйте губи гігієнічною помадою або маслом.

Діарея - може виникати при дії деяких хіміопрепаратів на слизову оболонку кишківника.

Повідомте про початок діареї лікуючому лікарю, можливо, це потребує призначення спеціальних ліків.

Для зменшення проносу необхідно :

- Краще їсти частіше та не великими порціями. Пити багато рідини кімнатної температури (слабо заварений чай, не концентрований бульйон, кип'ячену воду).
- Не вживати продукти які містять багато клітковини (хліб грубого помолу, свіжі овочі, бобові, горіхи). Замінити їх продуктами з малим вмістом клітковини (білий хліб, макаронні вироби, кисломолочні вироби, варені яйці, риба, відварне м'ясо, рис).
- Уникайте вживання кави, алкогольних напоїв, гострої, жирної, жареної їжі, солодоців, газованих напоїв.

Закреп

Інколи під час хіміотерапії може виникнути запор в наслідок обмеження рухливості та зменшення харчування. При цьому необхідно повідомити Вашого лікаря, якщо у Вас не було два чи три дні випорожнень.

Застосовувати послаблюючі препарати або клізму можна лише за дозволу лікаря.

При запорі необхідно:

- Вдосталь пити рідини.
- Вживати їжу з високим вмістом волокон (каші, білий хліб, свіжі або приготовлені овочі та фрукти).

- Робити фізичні вправи, прогулянки. Обов'язково порадьтеся з лікарем якщо вирішите збільшити фізичну активність.

Найсерйознішим ускладненням хіміотерапії є зниження кількості лейкоцитів (лейкоцитопенія) та тромбоцитів (тромбоцитопенія).

При лейкопенії в організмі людини зменшується кількість білих кров'яних клітин які захищають від інфекції, що може призвести до розвитку різних інфекційних ускладнень. Лікар буде регулярно контролювати Ваш аналіз крові.

- Запобігайте контактів з людьми, що мали ознаки інфекційних ускладнень.
- Не відвідуйте місця великого скупчення людей.
- Запобігайте контакту з дітьми, яким нещодавно зроблено щеплення.
- Намагайтесь запобігати випадкових побутових травм. При появі порізів користуйтеся антисептиком (наприклад, зеленкою).

При тромбоцитопенії порушується згортання крові, підвищується ризик кровотечі, які можуть виникнути при найменших травмах і продовжуватися достатньо довго. На тілі без При підвищені температури тіла до 38 або інших ознак інфекції (лихоманка, пітливість, кашель) негайно звертайтеся до лікуючого лікаря видимих причин можуть з'являтися синьці, червона висипка, трапляються носові кровотечі та кровоточивість ясен, почервоніння сечі, домішки крові в калі. При появі будь-якого з цих ознак негайно звертайтеся до лікуючого лікаря.

Місцеві ускладнення при введенні препарату розвиваються рідко. При появі болю в місці ін'єкції або по ходу вени негайно повідомте про це медичній сестрі.

Деяким хіміотерапевтичним препаратам властива токсична дія на серцево-судинну систему (доксорубіцин, мітоксантрон, трастузумаб).

Ризик виникнення кардіотоксичних ускладнень залежить від типу препаратів, їхньої разової або сумарної дози, способу введення, віку і статі пацієнта, проведення променевої терапії, наявності супутньої патології (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця).

Перед або між циклами хіміотерапії Вам можуть призначити ЕКГ і УЗД серця, консультацію кардіолога.

В певних випадках з профілактичною або лікувальною метою Вам запропонують прийом одного чи декількох серцево-судинних препаратів.

Повідомляйте лікаря у разі виникнення наступних явищ:

1. Відчуття ритмічного або неритмічного серцебиття;
2. Відчуття тиску або болю за грудиною більше зліва (явища стенокардії);
3. Утруднення дихання (задишка);
4. набряк ніг.

При проведенні деяких режимів хіміотерапії є необхідність у спостереженні кардіолога впродовж декількох років після закінчення лікування.

Швидкого Вам одужання !

Додаток 3
до уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Рак легені»

Інформована добровільна згода на обстеження та лікування
Я,

(П.І.Б. пацієнта)
отримав(ла) інформацію про стан мого здоров'я і даю добровільну згоду на
обстеження та лікування у

(назва установи, відділення)
Я інформований(на) в повному обсязі моїм лікуючим лікарем
_____ про план обстеження та лікування, для мене є
повністю ясною мета, характер, методи та обсяг запланованого обстеження та
лікування.

Я також ознайомлений(на) з планом запропонованого мені
медикаментозного лікування і дією даних лікарських засобів, їх можливі
побічні ефекти.

Я знаю, що на будь якій стадії я можу відмовитися від обстеження та
лікування, отримав(ла) повну інформацію про наслідки моєї відмови для мого
здоров'я.

Я згодний(на) на можливу зміну медикаментозної терапії, тактики та
методів лікування, а також об'єму оперативного втручання з послідуєчим
інформування мене про останнє.

Я інформований(на) у повному обсязі про можливі негативні відчуття та
ускладнення, включаючи алергічні реакції та зміни якості життя, а також
можливість песимістичного прогнозу для життя.

Я інформований(на) лікуючим лікарем щодо ступеню ризику
запропонованого мені обстеження та лікування.

Я згодний(на) і дозволяю лікуючому лікарю, у випадку необхідності та
загрози для життя, провести мені всі необхідні лікувальні заходи, які він вважає
необхідними.

Я згодний(на) і дозволяю лікуючому лікарю запрошувати для проведення
обстеження та лікування лікарів інших спеціальностей, середній медичний
персонал та інших співробітників закладу охорони здоров'я.

Мені в доступній формі роз'ясненні альтернативні методи обстеження та
лікування, але я вибираю ті, що запропоновані моїм лікарем і повністю довіряю
йому.

Я підтверджую, що обговорив(ла) мій стан і отримав(ла) повні відповіді на

всі питання, що мене цікавили, мав(ла) достатньо часу на обміркування рішення про згоду на запропоноване обстеження та лікування.

Тим самим я доброю волею, без будь-якого тиску даю повне право лікарю _____ провести мені заплановане обстеження та лікування.

Я підтверджую, що все вище перераховане мною прочитане і повністю зрозуміло. Я підписую цю згоду на основі мого волевиявлення.

Лікуючим лікарем мене було попереджено про бережливе ставлення до майна закладу охорони здоров'я та про відшкодування за власні кошти у разі його пошкодження.

Інформацію про стан мого здоров'я, проведеного обстеження та лікування, його результатів я дозволяю повідомляти наступним особам:

„_____” _____ 20__ року Підпис пацієнта _____

Підпис лікаря _____