

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства  
охорони здоров'я України  
21 березня 2025 року № 512

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ  
ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ**

**2025**

## ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Рак ободової кишки» (далі – УКПМД) за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28 вересня 2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі сучасних принципів доказової медицини з метою покращення результатів надання медичної допомоги пацієнтам з раком ободової кишки (далі - РОК) та створення єдиної комплексної, ефективної системи надання спеціалізованої медичної допомоги, а також реабілітації пацієнтів після проведеного спеціального протипухлинного лікування та надання за необхідності паліативної і симптоматичної допомоги пацієнтам з РОК. Заходи з профілактики, своєчасного виявлення даного захворювання та адекватного лікування дозволять суттєво покращити результати лікування пацієнтів з РОК, а також раціонально розподілити і оптимізувати витрати, пов'язані з його проведенням.

УКПМД розроблений на основі клінічної настанови «Рак ободової кишки», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon cancer Version 3.2021. Ознайомитися з текстом клінічної настанови можна за посиланням: [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з РОК. Основними завданнями при розробці УКПМД було забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з РОК, створення єдиних принципів щодо здійснення профілактики, діагностики, лікування та подальшого спостереження пацієнтів, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладів охорони здоров'я (далі - ЗОЗ).

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі-онкологи, лікарі-хірурги-онкологи, лікарі-патологоанатоми, лікарі-радіологи, лікарі з променевої терапії, лікарі загальної практики-сімейної медицини. Персональний склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за темою «Колоректальний рак», затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08 січня 2024 року № 38.

### Перелік скорочень

АЛТ	аланінамінотрансфераза
АСТ	аспартатамінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ДПТ	дистанційна променева терапія
ЕКГ	електрокардіографія
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнтів
КТ	комп'ютерна томографія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МРТ	магнітно-резонансна томографія
ПТ	променева терапія
ПЕТ/КТ	позитронно-емісійна томографія, поєднана з комп'ютерною томографією
ПТМІ	променева терапія з модульною інтенсивністю
РЕА	раково-ембріональний антиген
РОК	рак ободової кишки
САП	сімейний аденоматозний поліпоз
СКТ	спіральна комп'ютерна томографія
УЗД	ультразвукове дослідження
УКПМД	еніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги
ФЕГДС	фіброезофагогастроуденоскопія
ЦКР	циркулярний край резекції
ЧД	частота дихання
ЧСС	частота серцевих скорочень
СМЕ/CVL	complete mesocolic excision/central vascular ligation – повна мезоколонектомія з центральною перев'язкою судин
dMMR	deficient mismatch repair – дефіцитне усунення невідповідності
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 027-1/о	форма первинної облікової документації № 027-1/о «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2007 року № 629, зареєстрованим

в Міністерстві юстиції України 26 жовтня 2007 року за № 1222/14489

Форма № 030-6/о форма первинної облікової документації № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення №\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736

Форма № 003-6/о форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2014 року № 549), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 697/21010

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

**1. Діагноз: Рак ободової кишки.**

**2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

**C20 Злоякісне новоутворення ободової кишки.**

**3. Протокол призначений для:** керівників ЗОЗ, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-онкологів, лікарів-хірургів-онкологів, лікарів-патологоанатомів, лікарів-радіологів, лікарів з променевої терапії та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної та спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з РОК.

**4. Мета протоколу:** визначення та розробка комплексу заходів з профілактики, раннього та своєчасного виявлення, діагностики, лікування, за необхідності, заходів симптоматичної та паліативної допомоги пацієнтам з РОК, координація та стандартизація медичної допомоги на основі сучасних принципів доказової медицини.

**5. Дата складання протоколу:** 2025 рік.

**6. Дата перегляду протоколу:** 2030 рік.

**7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу**

Дубров Сергій перший заступник Міністра охорони здоров'я України,  
Олександрович голова робочої групи;

Безносенко завідувач науково-дослідного відділення пухлин органів  
Андрій черевної порожнини державного некомерційного  
Петрович підприємства «Національний інститут раку», заступник  
голови робочої групи з клінічних питань;

Войтко Наталія завідувача хіміотерапевтичним відділенням № 2  
Леонтіївна комунального некомерційного підприємства «Київський  
міський клінічний онкологічний центр» (за згодою);

Домбровський лікар-патологоанатом медичної лабораторії CSD товариства  
Ярослав з обмеженою відповідальністю «Сі Ес Ді Лаб» (за згодою);  
Олександрович

Звірич Віталій завідувач відділення онкопроктології державного  
Васильович некомерційного підприємства «Національний інститут  
раку»;

Єсіна Ксенія представник громадської організації «Афіна. Жінки проти  
Ігорівна раку» (за згодою);

Льїн Євген завідувач онкохірургічного відділення шлунково-  
Олександрович кишкового тракту комунального некомерційного  
підприємства «Обласний центр онкології» (за згодою);

- Карач Інна завідувач Центром променевої діагностики та терапії  
Петрівна комунального некомерційного підприємства  
«Миколаївський обласний центр онкології Миколаївської  
обласної ради» (за згодою);
- Косьмина завідувач обласного центру онкохірургії комунального  
Костянтин некомерційного підприємства «Черкаський обласний  
Володимирович онкологічний диспансер Черкаської обласної ради» (за  
згодою);
- Махмудов лікар-хірург-онколог відділення онколопроктології  
Дмитро державного некомерційного підприємства «Національний  
Ельдарович інститут раку»;
- Олійніченко завідувач ПЕТ/КТ блоку Центру ядерної медицини  
Олена комунального некомерційного підприємства «Київський  
Геннадівна міський клінічний онкологічний центр» (за згодою);
- Пономарьова завідувача хіміотерапевтичним відділенням № 1  
Ольга комунального некомерційного підприємства «Київський  
Володимирівна міський клінічний онкологічний центр» (за згодою);
- Шудрак заступник головного лікаря з хірургічної частини  
Анатолій державного некомерційного підприємства «Національний  
Анатолійович інститут раку»;
- Балан Юлія керівник відділу цифрового маркетингу БО «БФ  
Михайлівна «ІНСПРЕЙШН ФЕМІЛІ» (за згодою), секретар робочої  
групи.

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

- Гуленко Оксана начальник відділу стандартизації медичної допомоги  
Іванівна державного підприємства «Державний експертний центр  
Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови  
робочої групи з методологічного супроводу.

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

### **Рецензенти**

- Гордійчук завідувач кафедри онкології Національного університету  
Прокоп охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н.,  
Іванович професор;

Колеснік Олексій Петрович професор кафедри онкології й онкохірургії Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., професор.

## **8. Коротка епідеміологічна інформація**

За даними Національного канцер-реєстру, захворюваність на РОК в Україні у 2022 році становить 20,5 випадків на 100 тис. населення із зростанням на 8,8% в порівнянні з попереднім роком. Смертність від РОК складає 10,2 на 100 тис. населення. Слід зазначити, що 22,2% первинно виявлених пацієнтів не проживають 1 року з моменту діагностики. В порівнянні з попередніми роками спостерігається приріст захворюваності та смертності на дану нозологію.

## **II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА**

РОК може бути запідозрений лікарем будь-якої лікарської спеціальності на основі характерних клінічних проявів, даних ендоскопічних і променеви методів діагностики. Ключове завдання лікарів, які надають первинну медичну допомогу, забезпечити швидке скерування пацієнтів з підозрою на РОК до спеціалізованого ЗОЗ для підтвердження або виключення діагнозу та надання спеціалізованої медичної допомоги.

Діагноз РОК встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, на основі гістологічного (цитологічного) висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії/дослідження післяопераційного матеріалу. Перед початком спеціального лікування проводиться обстеження з метою визначення ознак злоякісного пухлинного росту та стадії захворювання.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі відіграють важливу роль в організації раннього (своєчасного) виявлення РОК, інформуванні населення щодо РОК та заохоченні до участі у профілактичних обстеженнях, сприянні виконанню усіх рекомендацій фахівців онкологічного профілю під час протипухлинного лікування, забезпеченні належної паліативної допомоги пацієнтам, які виявляють бажання знаходитися вдома на термінальних стадіях захворювання.

### **III. ОСНОВНА ЧАСТИНА**

#### **1. Первинна медична допомога**

##### **1) Профілактика**

###### **Положення протоколу**

Проведення заходів щодо первинної та вторинної профілактики РОК відіграє ключову роль у попередженні та ранньому виявленні захворювання.

Первинна профілактика РОК включає попередження канцерогенної дії зовнішніх та внутрішніх факторів, ведення здорового способу життя, підвищення стійкості організму до шкідливих факторів оточуючого середовища.

Вторинна профілактика РОК передбачає раннє виявлення та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, для призначення оптимального лікування.

###### **Обґрунтування**

Відсутні дані щодо специфічної профілактики РОК.

Визнані наступні фактори ризику розвитку РОК: літній вік, випадки РОК у родині, спадкові стани (сімейний аденоматозний поліпоз (далі - САП), спадковий неполіпозний РОК, неспецифічні запальні захворювання кишечника (хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт), аденоматозні поліпи, особливості харчування, недостатня фізична активність, надмірне вживання алкоголю та тютюнопаління.

Виявлення та лікування аденоматозних поліпів товстої кишки є вторинною профілактикою виникнення РОК.

###### **Необхідні дії**

###### **Обов'язкові:**

всіх осіб віком від 50-ти до 74-х років, які отримують медичну допомогу у лікаря загальної практики-сімейного лікаря, скеровувати на профілактичний огляд для аналізу калу на приховану кров 1 раз на рік;

надавати інформацію пацієнтам щодо факторів ризику розвитку РОК, що пов'язані зі способом життя і оточуючим середовищем, та рекомендації щодо необхідності уникнення впливу факторів ризику розвитку РОК;

надавати рекомендації щодо необхідності проведення колоноскопії на основі стратифікації ризиків пацієнтам, які в анамнезі мають аденоми товстого кишечника, РОК, неспецифічні запальні захворювання товстого кишечника (хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт), РОК або аденоми в родинному анамнезі;

скерувати пацієнтів з підозрою на РОК до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, з метою подальшого обстеження та верифікації діагнозу.

###### **Бажані:**

направляти на генетичне консультування осіб, які мають обтяжений сімейний анамнез з метою оцінки ризику розвитку РОК.

##### **2) Діагностика**

###### **Положення протоколу**



Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення ознак РОК та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, з метою встановлення діагнозу на підставі гістологічного або цитологічного висновку по матеріалах морфологічного дослідження біопсії пухлинного утворення і призначення спеціального протипухлинного лікування.

#### **Обґрунтування**

Поява у пацієнта скарг потребує термінового обстеження для встановлення діагнозу. Доведено, що діагноз РОК може бути запідозрений за наявності симптомів захворювання: стійкі або періодичні ректальні кровотечі, зміни функції кишечника, втрата ваги, залізодефіцитна анемія, загальні або локалізовані болі в животі.

#### **Необхідні дії**

##### **Обов'язкові:**

збір скарг та анамнестичних даних, спрямованих на виявлення патогномонічних симптомів РОК;

фізикальне обстеження;

направити пацієнта з виявленими симптомами та ознаками РОК до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, за місцем реєстрації або за бажанням пацієнта.

### **3) Лікування**

#### **Положення протоколу**

Спеціальне протипухлинне лікування пацієнтів з РОК здійснюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, які забезпечені відповідним матеріально-технічним оснащенням та підготовленими фахівцями.

#### **Обґрунтування**

Доведено, що своєчасно розпочате лікування передракових станів та своєчасне проведення спеціального протипухлинного лікування сприяє одужанню пацієнтів з РОК, досягненню тривалої ремісії, подовженню загальної виживаності та покращенню якості життя пацієнтів.

#### **Необхідні дії**

##### **Обов'язкові:**

до встановлення або виключення діагнозу РОК не проводити жодного лікування, за винятком надання невідкладної допомоги, якщо пацієнт її потребує;

під час обстеження та спеціального протипухлинного лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря-онколога та інших фахівців.

### **4) Подальше спостереження**

#### **Положення протоколу**

Пацієнт після спеціального протипухлинного лікування перебуває на обліку у лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря-онколога, який веде необхідну медичну документацію, та сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій та призначень фахівців, у тому числі, виконання плану спостереження.

Пацієнту після спеціального протипухлинного лікування під час спостереження надається симптоматичне лікування, направлене на усунення

патологічних симптомів з боку органів і систем, лікування інших захворювань і підтримку якості життя, за необхідності пацієнт скеровується до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

У випадку погіршення стану пацієнта, появи нових скарг і симптомів прогресування захворювання терміново скерувати пацієнта на повторну консультацію до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями, або провести консультацію із відповідними фахівцями за допомогою засобів телемедицини, якщо стан пацієнта не дозволяє самостійно звернутися до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями.

Пацієнту з прогресуючим захворюванням після завершення спеціального протипухлинного лікування надається адекватне знеболення, інша паліативна медична допомога, симптоматичне лікування згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

### **Обґрунтування**

Доведено, що своєчасне виявлення рецидиву захворювання або іншої злоякісної пухлини сприяє одужанню пацієнта, покращує якість його життя та збільшує загальну виживаність пацієнтів з РОК. Деякі форми психотерапії приносять користь пацієнтам з РОК, оскільки мають позитивний вплив на якість їх життя та, можливо, на загальне лікування.

### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

забезпечити записи у формі первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №\_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - форма № 025/о), та контроль дотримання плану спостереження, що наведений у пункті 3 розділу IV цього УКПМД;

надавати інформацію пацієнтам, які перенесли спеціальне протипухлинне лікування, або особі, яка доглядає за пацієнтом, щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини;

надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень;

сприяти дотриманню пацієнтом планових обстежень.

#### **Бажані:**

навчання медичних працівників навичок комунікації з пацієнтами, які захворіли на злоякісні новоутворення, під час курсів підвищення кваліфікації на базі ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями, розроблені на основі рекомендацій лікарів-психологів.

## **2. Спеціалізована медична допомога**

### **1) Діагностика**

#### **Положення протоколу**

РОК може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на основі характерних клінічних проявів. Діагностика РОК полягає у підтвердженні за допомогою морфологічного методу наявності злоякісного новоутворення.

Пацієнти проходять обстеження за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря або при самозверненні.

Пацієнти, у яких за результатами обстеження запідозрено РОК, скеровуються до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, за місцем реєстрації або за бажанням пацієнта, для подальшого обстеження та проведення спеціального лікування.

### **Обґрунтування**

Діагноз РОК встановлюється у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, на основі морфологічного дослідження та визначення стадіювання, що є основними заходами в діагностиці РОК, оскільки саме морфологічна форма визначає вибір методів спеціального лікування.

Хірургічна біопсія повинна виконуватись в кабінетах (в ході проведення ректороманоскопії, гнучкої ректосигмоскопії або фіброколоноскопії), де є підготовлені фахівці та інструментарій для виконання прицільної біопсії, та підтверджуватись гістологічним висновком дослідження біоптату пухлинного утворення.

### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

збір скарг та анамнестичних даних, включаючи тривалість та симптоми захворювання, їх розвиток; інформацію щодо попереднього протипухлинного лікування, хірургічних втручань та перенесених хвороб;

фізикальне обстеження, що включає вимірювання артеріального тиску (далі – АТ), частоту серцевих скорочень (далі – ЧСС), температури тіла, частоту дихання (далі – ЧД), зросту та маси тіла, повний огляд шкірних покривів та слизових (колір) з пальпацією та оцінкою розміру регіонарних лімфатичних вузлів, пальцьове дослідження ободової кишки, обстеження ніг (трофічні язви, варикозне розширення вен), аускультацию серця та легень, пальпацію живота;

лабораторні дослідження крові (загальний аналіз крові (далі - ЗАК), біохімічний аналіз крові, коагулограма, серологічні маркери сифілісу, визначення ВІЛ-статусу (за попередньою згодою пацієнта), серологічні маркери вірусного гепатиту В та С) та сечі;

інструментальні дослідження: ультразвукове дослідження (далі - УЗД), комп'ютерна томографія (далі - КТ) або магнітно-резонансна томографія (далі - МРТ) органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору; електрокардіографія (далі – ЕКГ); рентгенографія органів грудної клітки в 2-х проекціях;

оцінка загального функціонального стану пацієнта за індексом Карновського або шкалою ECOG, що наведено у додатку 2 до цього УКПМД.

#### **Бажані:**

фіброколоноскопія з біопсією пухлини та морфологічним дослідженням матеріалу біопсії;

фіб्रोезофагогастродуоденоскопія (далі - ФЕГДС).

Мінімальний перелік обстежень, результати яких додаються до направлення

пацієнта з підозрою на РОК до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК:

клінічний аналіз крові (загальний);

біохімічний аналіз крові (рівень глюкози, аланінамінотрансфераза (далі – АЛТ), аспаратамінотрансфераза (далі – АСТ), загальний білок, креатинін, сечовина);

висновок рентгенолога (рентгенівські знімки органів грудної клітки в 2 проєкціях додаються обов'язково).

## **2) Лікування**

### **Положення протоколу**

Спеціальне протипухлинне лікування пацієнтів з РОК здійснюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

### **Обґрунтування**

Доведено, що в більшості випадків своєчасне спеціальне протипухлинне лікування сприяє одужанню пацієнтів з РОК, досягненню тривалої ремісії, покращенню загальної виживаності та якості життя.

### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

визначити подальшу тактику лікування після повного обстеження пацієнта; при зверненні пацієнта, який отримує спеціальне лікування, сприяти виконанню ним призначень онколога та інших фахівців, а також проводити огляд з метою виявлення ускладнень спеціального лікування.

## **3. Спеціалізована онкологічна медична допомога**

### **1) Діагностика**

#### **Положення протоколу**

Діагноз РОК встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану онкологічну медичну допомогу за допомогою морфологічного методу наявності злоякісного новоутворення. Обов'язковим є визначення поширення пухлинного процесу та встановлення стадії захворювання відповідно до класифікації РОК за системою TNM восьмого перегляду (2017), що наведена у додатку 1 до цього УКПМД.

Перед початком спеціального лікування необхідно обстежити пацієнта з метою оцінки протипоказань до застосування спеціального протипухлинного лікування.

#### **Обґрунтування**

Морфологічне дослідження та стадіювання є основними заходами в діагностиці РОК, оскільки саме морфологічна форма визначає вибір методів спеціального протипухлинного лікування.

Діагностичні заходи повинні включати повний медичний огляд, під час якого мають бути досліджені інтенсивність і тривалість скарг, сімейний анамнез, фізикальний огляд. З метою кращої візуалізації пухлини та стану регіонарних лімфатичних вузлів проводиться УЗД, КТ або МРТ органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору.

При проведенні спеціального протипухлинного лікування частина пацієнтів

може втрачати фертильність, тому необхідна консультація спеціаліста з репродуктивної медицини, що дозволяє заготовити генетичний матеріал або призначити протекторну терапію.

Біопсія повинна виконуватись в кабінетах, де є підготовлені фахівці та інструментарій для виконання прицільної біопсії.

### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

збір анамнезу, включаючи тривалість захворювання, симптоми захворювання та їх розвиток; терапію, що проводилась з моменту початку захворювання; перенесені захворювання, хірургічні втручання, попереднє протипухлинне лікування;

фізикальне обстеження, що включає вимірювання АТ, ЧСС, температури тіла, ЧД, зросту та маси тіла, повний огляд шкірних покривів та слизових (колір) з пальпацією та оцінкою розміру регіонарних лімфатичних вузлів, пальцьове дослідження ободової кишки, обстеження ніг (трофічні язви, варикозне розширення вен), аускультацию серця та легень, пальпацію живота;

оцінка загального стану пацієнта за допомогою шкали Карновського та ECOG;

стадіювання (визначення ступеня розповсюдження пухлинного процесу) здійснюється за системою TNM восьмого перегляду (2017), наведеній у додатку 1 до цього УКПМД;

диференційна діагностика проводиться з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних досліджень, цитологічного/гістологічного дослідження;

план лікування складається за участю лікаря-онколога, хірурга-онколога та лікаря з променевої терапії;

з метою уточнення стадії злоякісного новоутворення та обґрунтування плану лікування пацієнта проводяться:

лабораторні дослідження: ЗАК, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (загальний білірубін, пряма та непряма фракція, загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, АЛТ, АСТ, амілаза), коагулограма (в т.ч. Міжнародне нормалізоване відношення (далі - МНВ), група крові, резус-фактор, серодіагностика сифілісу, діагностика вірусного гепатиту В, С, ВІЛ (за попередньою згодою пацієнта), визначення рівня онкомаркерів (раково-ембріональний антиген); визначення DРyD-поліморфізму пацієнтам, яким планується проведення хімотерапевтичного лікування; обов'язково визначити DРyD-поліморфізм пацієнтам з проявами надлишкової токсичності до фторпіримідинів;

інструментальні дослідження: ЕКГ; УЗД органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору; колоноскопія з біопсією пухлини та морфологічним дослідженням матеріалу біопсії, визначенням dMMR-статусу; КТ/МРТ, спіральна комп'ютерна томографія (далі - СКТ) органів грудної клітки, черевної порожнини та порожнини малого тазу з внутрішньовенним контрастуванням; у всіх випадках місцевопоширеного РОК – МРТ з внутрішньовенним контрастуванням, за неможливості або наявності протипоказань до виконання МРТ – трансректальне УЗД; ФЕГДС;

консультація інших фахівців за необхідності.

**Бажані:**

ендоскопічне УЗД;

МРТ з гепатотропним контрастуванням;

позитронно емісійна томографія поєднана з комп'ютерною томографією (далі - ПЕТ/КТ) за показаннями;

консультація фахівця з репродуктивної медицини щодо питання збереження фертильності перед спеціальним протипухлинним лікуванням за бажанням пацієнта.

## **2) Лікування**

### **Положення протоколу**

Спеціальне протипухлинне лікування РОК проводиться в залежності від поширеності пухлинного процесу (стадії), загального стану пацієнта, віку, супутньої патології та полягає у застосуванні хірургічного та нехірургічних методів лікування (променевої терапії, хіміотерапії, таргетної терапії, імунотерапії).

### **Обґрунтування**

Радикальне оперативне втручання є основним спеціальним методом лікування РОК.

Спеціальне лікування для неметастатичного та метастатичного РОК має суттєві тактичні відмінності в плануванні алгоритму лікування.

Розробка адекватного плану лікування та якісне виконання кожного етапу лікування сприяє запобіганню виникнення раннього рецидиву та ускладнень, пов'язаних з лікуванням.

Виписка пацієнта проводиться відповідно до критеріїв: завершення запланованого об'єму/етапу лікування, відсутності ускладнень терапії, що потребують перебування в стаціонарі, неможливість продовження спеціальної терапії у зв'язку з розвитком протипоказань.

### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

перед початком лікування ознайомити пацієнта з РОК з переліком можливих втручань, обґрунтуванням їх застосування і очікуваними ризиками та підписати форму первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2014 року № 549), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 серпня 2014 року за № 1049/25826 (далі - форма № 003-6/о);

вибір спеціального протипухлинного лікування для пацієнта з РОК здійснюється в залежності від групи ризику розвитку рецидиву, стадії захворювання, локалізації пухлини, віку, загального стану та наявності супутньої патології;

моніторинг стану пацієнта, виявлення побічних ефектів спеціального протипухлинного лікування, симптоматичне лікування супутньої патології

здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

оформити виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення відповідно до форми первинної облікової документації № 027-1/о «Виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2007 року № 629, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 26 жовтня 2007 року за № 1222/14489 (далі - форма № 027-1/о);

надати пацієнту, який переніс спеціальне лікування, інформацію щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень відповідно до плану спостереження, а також рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень;

надати пацієнту пам'ятку для пацієнтів, які мають колостому або ілеостому, наведену у додатку 17 до цього УКПМД.

### **3) Подальше спостереження**

#### **Положення протоколу**

У зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або метастазів та/або іншої пухлини, пацієнти з РОК перебувають під спостереженням з плановими оглядами у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, у якому вони отримували лікування або у будь-якому іншому спеціалізованому медичному закладі за вибором пацієнта, впродовж, не менше 5 років.

#### **Обґрунтування**

Проведення оглядів та обстежень відповідно до погодженого плану спостереження сприяє ранньому виявленню місцевого рецидиву захворювання, метастазів у регіонарні лімфатичні вузли та внутрішні органи та/або іншої пухлини.

#### **Необхідні дії**

#### **Обов'язкові:**

забезпечити ведення форми первинної облікової документації № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення №\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736 (далі - форма № 030-6/о), із відображенням в ній результатів проведених обстежень;

контроль та забезпечення проведення плану спостережень за пацієнтами з РОК здійснюється після завершення спеціального протипухлинного лікування відповідно до пункту 3 розділу IV цього УКПМД;

надати пацієнту, який переніс спеціальне лікування, інформацію щодо необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини, а також рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

## **IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **1. Діагностика**

#### **Анамнез**

В анамнезі необхідно звернути увагу на наявність факторів ризику, захворювання на злоякісні пухлини кровних родичів, тривалість змін у функціонуванні товстої кишки і раніше виконані лікувальні та діагностичні заходи, а також на участь у скринінгу на РОК.

#### **Фізикальне обстеження**

При обстеженні пацієнта слід звернути увагу на наявність пальпованих утворень в черевній порожнині і прямій кишці, а також оцінити стан пахвинних і шийних лімфатичних вузлів та обов'язково провести ректальне та вагінальне обстеження. Для подальшого планування лікування обов'язково є оцінка загального стану пацієнта за допомогою шкали Карновського та ECOG.

#### **Лабораторні та інструментальні методи обстеження**

Функціональна діагностика: ЕКГ-дослідження, вимір АТ і пульсу.

Рентгенологічні та ендоскопічні дослідження: КТ органів грудної порожнини, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини при підозрі на гостру кишкову непрохідність, спричинену РОК; ригідна ректосигмоскопія, фіброколоноскопія з біопсією.

Ультразвукові дослідження: УЗД органів черевної порожнини і малого таза.

Лабораторні дослідження крові: ЗАК, біохімічний аналіз крові (загальний білірубін, пряма та непряма фракція, загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, АЛТ, АСТ, амілаза), коагулограма, група крові, резус-фактор, серодіагностика сифілісу, діагностика вірусного гепатиту В, С, ВІЛ/СНІД (за попередньою згодою пацієнта), визначення раково-ембріонального антиген (далі – РЕА).

Лабораторні дослідження сечі: визначення цукру, білка, реакції, питомої ваги, мікроскопічне дослідження осаду.

Лабораторне дослідження калу на приховану кров за показаннями.

Морфологічні дослідження: цитологічне або патогістологічне дослідження біоптатів пухлини і лімфатичних вузлів, післяопераційного матеріалу, лімфатичних вузлів.

СКТ з внутрішньовенним контрастом або МРТ за показаннями.

Перелік обов'язкових та бажаних діагностичних заходів при первинно виявленому РОК наведено в додатку 3 до цього УКПМД.

## **2. Лікування**

Стратегія лікування пацієнтів з РОК визначається в залежності від результатів стадіювання, отриманих на діагностичному етапі, що наведено у додатку 4 до цього УКПМД.

#### **Ендоскопічне видалення малігнізованих поліпів**

Малігнізованим поліпом є поліп з інвазивною карциномою, тобто з наявністю інвазії неоплазії через всю товщу м'язової пластинки слизової оболонки у строму підслизової основи, з глибиною інвазії  $<1000,0 \mu\text{m}$  ( $<1,0 \text{ мм}$ ), вимірною від найглибшого шару м'язових волокон м'язової пластинки слизової оболонки.

Під час ендоскопічного видалення малігнізованого поліпа, у разі відсутності несприятливих гістологічних факторів, що можуть бути виявленими під час подальшого патоморфологічного дослідження, такий неопластичний процес



зазвичай не потребує хірургічної резекції, ендоскопічне видалення може бути адекватним та достатнім методом лікування.

Несприятливими гістологічними чинниками вважаються:

ступінь диференціювання G3-G4;

лімфоваскулярна інвазія (LVI);

позитивний край резекції (включно з низьким хірургічним кліренсом [ $\leq 1,0$  mm]);

глибина інвазії у підслизову основу  $\geq 1000$   $\mu\text{m}$  ( $\geq 1,0$  мм);

більше 4 ділянок росту пухлини у вигляді поодиноких клітин та/або дрібних груп – tumour budding (Bd) 2-3.

Діагностика та лікування для пацієнтів з поліпом на ніжці або широкій основі з наявними елементами інвазивної карциноми наведені в додатку 5 до цього УКПМД.

### **Радикальне хірургічне та комбіноване лікування РОК I-III стадій**

Комбінована терапія, що складається з радикальної хірургічної операції та хіміотерапії на основі фторпіримідинів, рекомендується для більшості пацієнтів з РОК стадії II або III. Передбачено декілька можливих послідовностей терапії залежно від ступеня поширеності первинної пухлини, статусу регіонарних лімфовузлів та відповіді на неoad'ювантну терапію, що наведено у додатку 6 до цього УКПМД. Загальна тривалість періопераційної хіміотерапії не повинна перевищувати 6 місяців.

### **Принципи променевої та хіміопроменевої терапії нерезектабельного неметастатичного РОК**

Загальні принципи

Неoad'ювантна променева терапія (далі - ПТ) одночасно з хіміотерапією на основі фторопіримідинів може розглядатися в разі неметастатичного раку товстої кишки T4, який визнаний нерезектабельним або неоперабельним з інших причин. Така тактика може сприяти конверсії в резектабельну форму.

Можливі схеми хіміопроменевої терапії:

інфузійно фторурацил + ПТ: фторурацил 225 мг/м<sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 24 годин 5 або 7 днів на тиждень під час ПТ;

капецитабін + ПТ: капецитабін 825 мг/м<sup>2</sup> перорально двічі на добу 5 днів на тиждень під час ПТ;

болюсне введення фторурацил/кальцію фолінат + ПТ: фторурацил 400 мг/м<sup>2</sup> внутрішньовенно болюсно + кальцію фолінат 20 мг/м<sup>2</sup> внутрішньовенно болюсно впродовж 4 днів на 1-му та 5-му тижнях ПТ.

Променева терапія з модульною інтенсивністю (далі - ПТМІ) є пріоритетним варіантом у пацієнтів, яким попередньо проводилась ПТ, із рецидивом захворюванням або унікальними анатомічними особливостями, у разі яких ПТМІ сприяє доставці рекомендованих доз до цільових опромінюваних тканин, водночас дотримуючись прийнятих обмежень щодо об'єму дози опромінення суміжних критичних органів. ПТ під контролем візуалізації із кіловольтажною (кВ) візуалізацією або конусно-променевою КТ має на рутинній основі використовуватися під час курсу лікування за методикою ПТМІ.

Цільовий об'єм опромінення

Поле ПТ має включати пухлинне ложе, що визначається під час

передопераційної візуалізації та/або позначається хірургічними кліпсами.

Дози опромінення мають становити: 45-50 Гр по 25-28 фракцій.

Розглянути буст у разі близьких або позитивних країв резекції або нерезектабельної пухлини після оцінки кумулятивної дози опромінення на прилеглі органи, що піддаються ризику.

Доза опромінення на тонку кишку не повинна перевищувати 45 Гр.

Товста кишка, шлунок і печінка є критичними структурами, які слід оцінювати за гістограмою «доза - об'єм».

Хіміотерапія на основі фторопіримідинів має проводитись одночасно з ПТ.

### **Хірургічне лікування РОК**

Для всіх пухлин ободової кишки рекомендується незалежне обстеження оперуючого хірурга-онколога. Критичні характеристики, які необхідно задокументувати, включають розмір пухлини, відстані від краю ануса та зубчатої лінії, наявність або відсутність кишкової непрохідності, ступінь поширеності на суміжні органи та структури. Основні види оперативних втручань у пацієнтів з РОК наведено у додатку 7 до цього УКПМД.

### **Принципи радикального хірургічного лікування РОК**

Задля успішного хірургічного лікування РОК необхідно дотримуватись наступних принципів:

1) хірург-онколог, який планує виконання операції, повинен мати досвід у галузі хірургії колоректального раку; у випадку місцевого поширення, хірург повинен мати досвід у проведенні розширених резекцій за межами мезоколічних площин та, за необхідності, мати можливість консультації з суміжними спеціалістами відповідних хірургічних профілів;

2) для пацієнтів з РОК, що поширюється на верхньоампулярний відділ ободової кишки, з незалученим циркулярним краєм резекції (далі – ЦКР) та за відсутності негативних прогностичних факторів можливо розглядати передню резекцію ободової кишки з парціальною мезоректумектомією як перший етап лікування;

3) резекція ободової кишки має виконуватись в межах неуразених проксимального, дистального та ЦКР; слід дотримуватись критеріїв збереження цілісності мезоколічної фасції;

4) повна мезоколонектомія з центральним лігуванням регіонарних судин є стандартним компонентом радикальної хірургічної операції з приводу РОК;

5) аналогічні безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування РОК за допомогою як відкритого, так і лапароскопічного оперативного доступу, тому малоінвазивну резекцію можна розглянути на основі таких принципів:

хірург повинен мати достатній досвід виконання лапароскопічних резекцій ободової кишки;

лапароскопічний доступ не показаний при місцевопоширеному РОК із високим ризиком R1 резекції на основі передопераційного стадіювання, при цих пухлинах високого ризику перевага надається відкритій хірургічній операції;

зазвичай лапароскопічний доступ не показаний при таких ускладненнях РОК, як декомпенсована кишкова непрохідність або перфорація пухлини;

б) необхідно проводити ретельну ревізію черевної порожнини з метою виявлення синхронних пухлин або метастатичного ураження очеревини;

7) клінічно підозрілі на метастатичне ураження лімфовузли за межами області резекції потребують біопсії та/або видалення (за можливості); розширена лімфодисекція груп лімфовузлів, ураження яких визначається як віддалене метастазування, не показана;

8) розширена лімфодисекція не показана за відсутності клінічних ознак метастатичного ураження лімфатичних вузлів.

### **Патоморфологічне дослідження**

Звіт про патоморфологічне дослідження повинен містити наступні параметри: ступінь диференціювання первинної пухлини; глибина інвазії – pT (ацелюлярний муцин після неоад'ювантного лікування не вважається резидуальною пухлиною); кількість досліджених та уражених лімфатичних вузлів (pN); статус дистального, проксимального та радіального країв резекції, ефект неоад'ювантного лікування, лімфоваскулярна, мікроциркуляторна та периневральна інвазія, наявність екстранодальних пухлинних депозитів, наявність та кількість ділянок росту пухлини у вигляді поодиноких клітин та/або дрібних груп – tumour budding (Bd).

При виконанні парціальної мезоректумектомії радіальним краєм резекції є мезоректальна фасція. Будь-який край резекції після будь-якої хірургічної процедури (застосовується лише для карцином, не є дійсним для інших гістологічних типів, як то високодиференційовані нейроендокринні неоплазії, саркоми тощо) вважається позитивним (R1) не лише внаслідок безпосереднього залучення у неопластичний процес, а й внаслідок низького ( $\leq 1$ мм) хірургічного кліренсу (відстані) від краю резекції до тканини неоплазії, а також до лімфатичного вузла з метастазом, ділянки периневральної інвазії, ділянки лімфоваскулярної інвазії, якщо пухлинні комплекси інвазують у стінку судини або контактують з ендотелієм (низький кліренс до ділянки без контакту пухлинних комплексів з ендотелієм стінки судини не вважається позитивним краєм резекції). Також, у разі виконання парціальної мезоректальної ексцизії в рамках патоморфологічного дослідження повинна бути оцінена її повнота (мезоректальна фасція повинна бути оглянута на предмет дефектів).

**Радіальний край резекції** визначається як відстань від зовнішнього краю пухлини до краю резекції (при РОК – до мезоколічної фасції) в максимальному вимірі. Ця характеристика поширюється як на первинну пухлину, так і на метастатично уражені лімфатичні вузли. Для РОК ЦКР визначається на неперитонізованих ділянках як відстань від місця найглибшої інвазії пухлини до поверхні мезоколічної фасції або периколичної жирової та волокнистої сполучних тканин. Для інтраперитонеальних сегментів ободової кишки край резекції брижі є радіальним краєм резекції.

**Екстранодальні пухлинні депозити** – обмежені скупчення пухлинної тканини в мезоректальній або периколичній клітковині, які знаходяться в зоні регіонарного лімфовідтоку та не містять резидуальної лімфоїдної тканини, щоб дозволило класифікувати їх як лімфатичні вузли з метастазами.

**Оцінка лімфатичних вузлів.** Під час патоморфологічного дослідження після резекції ободової кишки з лімфодисекцією з приводу карциноми ободової кишки необхідно виявити та дослідити не менше 12 регіонарних лімфатичних вузлів. У випадку, коли зазначена кількість регіонарних лімфатичних вузлів не

була досягнута після первинного макроскопічного дослідження, рекомендовано провести його повторно із застосуванням додаткових методик покращення візуалізації лімфатичних вузлів (використання ліхтарика або інші методи покращення освітлення, дрібніші інтервали між розрізами під час пошуку, використання спеціальних розчинів для покращення виявлення лімфатичних вузлів, додаткова фіксація макропрепарату у формаліні тощо). У випадку, коли рекомендована кількість регіонарних лімфатичних вузлів не було досягнута й після повторного макроскопічного дослідження, лікар-патологоанатом повинен зазначити у звіті про гістологічне дослідження, що пошук лімфатичних вузлів був ретельно проведений двічі. Фактична отримана кількість лімфатичних вузлів ніяк не впливає на можливість визначення лікарем-патологоанатомом патоморфологічної стадії за системою TNM. Визначити та зазначити дескриптор «N» лікар-патологоанатом повинен при будь-якій кількості досліджених регіонарних лімфатичних вузлів (мінімальна кількість для цього один лімфатичний вузол).

Макроскопічно не змінені регіонарні лімфатичні вузли повинні бути відібрані для мікроскопічного дослідження в повному обсязі, не припустимо взяття лише частини лімфатичного вузла. У випадку, коли лімфатичний вузол явно метастатично змінений, для мікроскопічного дослідження прийнятно взяти лише 1-2 репрезентативні зрізи.

**Молекулярно-генетичне дослідження.** Всім пацієнтам із метастатичним РОК при достатньому матеріально-технічному забезпеченні має проводитись дослідження на мутації генів KRAS, NRAS та BRAF. Пацієнтам із будь-якою мутацією генів сімейства RAS (KRAS, NRAS) протипоказане призначення анти-EGFR терапії. Тестування на мутації зазначених генів може відбуватись лише в ліцензованих лабораторіях, сертифікованих для проведення високоскладних (молекулярно-біологічних) досліджень. Тестування можливо проводити на парафінових блоках та на матеріалі як первинної пухлини, так і метастазів.

Тестування на статус мікросателітної нестабільності при достатньому матеріально-технічному забезпеченні має проводитись всім пацієнтам із II стадією РОК, всім пацієнтам із РОК, діагностованим у віці до 70-ти років (скринінг синдрому Лінча), та всім пацієнтам із метастатичним РОК.

#### **Ад'ювантна хіміотерапія раку ободової кишки**

Показання до ад'ювантної хіміотерапії РОК визначаються на основі даних патоморфологічного дослідження після радикального хірургічного лікування, що наведено у додатку 8 до цього УКПМД. Ад'ювантна хіміотерапія рекомендується всім пацієнтам з РОК III стадії та пацієнтам із II стадією, крім ситуацій, коли пухлина є локалізованою, високо- чи помірнодиференційованою карциномою, немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів, мікроциркуляторної, лімфоваскулярної або периневральної інвазії. Схеми хіміотерапії, що застосовуються для ад'ювантного лікування наведено у додатку 9 до цього УКПМД. Тривалість періопераційної хіміотерапії у пацієнтів із РОК не має перевищувати 6 місяців.

#### **Особливості лікування метастатичного раку ободової кишки**

Принципи, що слід враховувати на початку терапії, включають: 1) заздалегідь заплановані стратегії зміни терапії для пацієнтів, у яких виявляють

відповідь пухлини або захворювання, що характеризується як стабілізація або прогресування; 2) плани коригування терапії для пацієнтів, які зазнають певних токсичних ефектів. Крім того, оцінюючи ефективність та безпеку цих схем для пацієнта, необхідно брати до уваги не тільки окремі лікарські засоби, а також дози, схеми та способи застосування цих лікарських засобів, а також потенціал хірургічного лікування та функціональний статус пацієнта.

Діагностичний алгоритм у пацієнтів із підозрюваною або підтвердженою метастатичною синхронною аденокарциномою ободової кишки передбачає визначення основних факторів, на яких ґрунтуватиметься подальша лікувальна стратегія: уражений або незалучений ЦКР, уражені органи-мішені, резектабельність метастазів в печінку або легені, наявність екстраабдомінальних метастазів, що наведено у додатку 10 до цього УКПМД.

Резекція печінки є методом вибору за наявності резектабельних метастазів. Можливість повної резекції залежить від анатомічних ознак і ступеня поширення захворювання. При плануванні резекції печінки необхідно враховувати збереження належного рівня її функціональної активності в післяопераційному періоді.

Необхідною умовою є видалення первинної пухлини та відсутність або видалення всіх екстраабдомінальних метастатичних вогнищ. Циторедуктивні резекції (в обсязі R1/R2) не рекомендується.

Пацієнти з резектабельними метастазами і первинною пухлиною мають пройти радикальну резекцію обох осередків. Їх можна видалити під час однієї операції або поетапно, залежно від складності гепатектомії або резекції ободової кишки, супутніх захворювань, хірургічного доступу і досвіду хірурга.

Коли метастази в печінку не піддаються оптимальній резекції через недостатній об'єм залишку печінки, можна розглянути підходи з використанням передопераційної емболізації ворітної вени або етапних резекцій печінки.

Методи абляції можуть розглядатись окремо або в поєднанні з резекцією.

Внутрішньосудинна терапія і, зокрема, селективна ПТ з використанням мікросфер на основі ітрію-90 є варіантом для ретельно відібраних пацієнтів із захворюванням, рефрактерним до хіміотерапії, і переважно печінковими метастазами.

В окремих випадках можна розглянути можливість дистанційної променевої терапії (далі - ДПТ) з 3D-плануванням, яку не слід рутинно призначати пацієнтами, які потенційно підлягають резекції печінки.

У деяких пацієнтів можна розглянути можливість повторної резекції печінки при метахронному метастатичному ураженні.

Можливість резекції легень залежить від анатомічних особливостей локалізації і ступеня поширеності захворювання. При плануванні резекції легень необхідно враховувати збереження належного рівня їх функціональної активності в післяопераційному періоді. Наявність резектабельних позалегенових метастазів не виключає можливості проведення резекції.

У деяких пацієнтів можна розглянути можливість повторної резекції легень при метахронному ураженні.

При метастатичному РОК з синхронними нерезектабельними метастазами лише в печінку та/або легені лікування базується на конверсії нерезектабельних

метастазах в резектабельний стан та повернення до можливості їх хірургічного видалення, що наведено у додатку 11 до цього УКПМД. Для цього рекомендується застосування таргетної терапії в комбінації зі стандартними схемами хіміотерапії. Вибір стратегії таргетної терапії залежить від dMMR-статусу та наявності чи відсутності мутації генів KRAS/NRAS/BRAF.

Повторна оцінка резектабельності проводиться через 2 місяці передопераційної хіміотерапії або через кожні 2 місяці після цього. Захворювання щодо якого існує вища імовірність переведення в операбельний стан - це захворювання, яке початково поширюється на обмеженій ділянці. При вирішенні питання про те, чи було захворювання переведено в резектабельний стан, усі початкові ділянки ураження мають бути піддані резекції. Слід розглянути передопераційні схеми хіміотерапії з високим показником відповіді для пацієнтів, статус яких може стати резектабельним.

При прогресуванні метастатичного захворювання подальше лікування залежить від попередньої схеми хіміо- або таргетної терапії, застосування якої призвело до прогресування. Пацієнти, статус яких залишається нерезектабельним після початкової системної терапії, повинні перейти до системної терапії другої лінії з приводу прогресуючого або метастатичного захворювання, що наведено у додатку 12 до цього УКПМД. Лікування при метастатичному ураженні очеревини (перитонеальний карциноматоз) залежить від наявності чи відсутності декомпенсованої кишкової непрохідності на момент встановлення діагнозу та початку лікування.

Основні схеми хіміотерапії та таргетної терапії, що використовуються при лікуванні метастатичного РОК наведено у додатку 13 до цього УКПМД.

### **3. Подальше спостереження**

Пацієнтам, які перенесли спеціальне лікування, надається інформація щодо можливих віддалених побічних ефектів лікування, необхідності проведення періодичних обстежень у зв'язку з високою небезпекою виникнення рецидиву або іншої пухлини, а також рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

Пацієнти з РОК перебувають під спостереженням впродовж 5 років.

#### **План спостереження**

На першому році спостереження планові огляди та відповідні обстеження проводять 1 раз на 3 місяці, на 2-3 році - 1 раз на 6 місяців, на 4-5 році - 1 раз на рік.

Перелік обстежень визначається стадією захворювання та наявністю додаткових факторів ризику, що наведено у додатку 14 до цього УКПМД. Оптимальні інтервали спостереження пацієнтів після видалення аденоматозних поліпів наведені в додатку 16 до цього УКПМД.

Слід ретельно організувати довгостроковий нагляд у поєднанні зі стандартною медичною допомогою та моніторингом, включно з онкоскринінгом, плановим медичним обслуговуванням та профілактичною допомогою. Рекомендується застосовувати плановий моніторинг РЕА та планові КТ не довше 5 років.

**Виявлення рецидиву РОК або метакронних метастазів під час спостереження**

Місцево рецидивуючий РОК характеризується розвитком ізольованого анастомозного рецидиву. Більшості пацієнтам з локальними рецидивами РОК рекомендується призначати хіміотерапію відповідно до здатності пацієнта переносити терапію. Циторедукція, що супроводжується залишком резидуальної пухлини, не рекомендується. Потенційно операбельний ізольований анастомозний рецидив слід лікувати за допомогою передопераційної хіміотерапії з наступною резекцією або резекцією з подальшою ад'ювантною хіміотерапією. При реєстрації резектабельних метакронних метастазів за допомогою КТ або МРТ з контрастом, у деяких випадках, якщо можливе хірургічне лікування віддалених метастазів, слід розглянути можливість оцінки ступеня поширення захворювання за допомогою ПЕТ/КТ. ПЕТ/КТ використовується для швидкої характеристики ступеня поширення метастатичного захворювання і виявлення можливих місць позапечінкового захворювання, які можуть перешкодити проведенню хірургічної операції. При нерезектабельних метакронних метастазах лікування рекомендується розпочати з хіміотерапії з подальшою переоцінкою можливості резекції відповідно додатку 15 до цього УКПМД.

## **V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

На момент затвердження даного УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою: <http://www.drlz.com.ua/>.

### **1. Первинна медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікарі загальної практики-сімейні лікарі, медичні сестри.

**Матеріально-технічне забезпечення:** оснащення відповідно до Табеля оснащення, затвердженого МОЗ.

### **2. Спеціалізована медична допомога**

**Кадрові ресурси:** лікар-онколог, лікар-хірург-онколог, лікар-хірург-проктолог, лікар з променевої терапії, лікар з функціональної діагностики, лікар з ультразвукової діагностики, лікар-радіолог, лікар-рентгенолог, лікар-ендоскопіст, лікар-анестезіолог, лікар-лаборант, лікар-патологоанатом; середній медичний персонал.

**Матеріально-технічне забезпечення:** оснащення відповідно до табелів оснащення ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з онкологічними захворюваннями, затверджених МОЗ.

**Лікарські засоби** (нумерація не визначає порядок призначення):

Антинеопластичні засоби: фторурацил, капецитабін, оксаліплатин, іринотекан, бевацизумаб, цетуксимаб, панітумумаб, регорафеніб, трифлуридин/типірацил, пембролізумаб, трастузумаб, пертузумаб.

Засоби, що застосовуються для усунення токсичних ефектів протипухлинної терапії: кальцію фолінат.



## VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

- 1) наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП) з РОК;
- 2) наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з РОК;
- 3) відсоток випадків РОК, виявлених впродовж звітнього періоду, для яких діагноз підтверджено морфологічно;
- 4) виживаність пацієнтів з РОК.

### 2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

#### 1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з РОК.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (далі - КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями, зареєстрованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів КМП з РОК.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним

лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **2) Наявність у лікаря, який надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з РОК.**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження КМП в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора

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

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість з ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з РОК.

Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **3) Відсоток випадків РОК, виявлених впродовж звітнього періоду, для яких діагноз підтверджено морфологічно**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

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

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, розташованих на території обслуговування.

Організація, яка надає дані: онкологічні заклади, інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, розташованих на території обслуговування.

Дані надаються відповідно до вимог технології ведення канцер-реєстру.

Метод обчислення індикатора: автоматизована обробка даних популяційного канцер-реєстру. Індикатор обчислюється ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК за даними Національного канцер-реєстру України.

Знаменник індикатора складає загальна кількість випадків РОК, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування.

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Чисельник індикатора складає загальна кількість випадків РОК, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування, для яких задокументований факт морфологічного підтвердження діагнозу.

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **4) Вживаність пацієнтів з РОК**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

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-, 2-, 3-, 4- та 5-річної відносної виживаності, в залежності від статі та стадії захворювання. Неприпустимі прямі порівняння показника відносної виживаності з аналогічними показниками, обчисленими за іншою методологією (1-річна летальність; відсоток осіб, які хворіють, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу; відсоток осіб, які хворіють, які перебувають на онкологічному обліку 5 років і більше тощо). На валідність показника відносної виживаності впливає повнота даних щодо життєвого стану пацієнтів, що перебувають на онкологічному обліку. У випадку значної (більше 5%) кількості випадків, цензурованих через відсутність достовірної інформації щодо життєвого стану осіб, які хворіють, можлива систематична похибка у порівняннях. Міжрегіональні порівняння показника відносної виживаності мають проводитися з урахуванням статистичної похибки. Слід зважати на загалом недостатню кількість пацієнтів для проведення щорічних міжрегіональних порівнянь.

Дані відносної виживаності пацієнтів з РОК, встановлені в 2019-2023 роках, наведені в Бюлетені Національного канцер-реєстру України № 25 «Рак в Україні, 2022-2023. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної

служби» (інтернет-посилання на сайті Національного канцер-реєстру: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_25/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm)).

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

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, що надає дані: онкологічні заклади, інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з РОК, розташованих на території обслуговування.

Дані надаються відповідно до вимог технології ведення канцер-реєстру.

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

Показник відносної виживаності обчислюється автоматизованою системою ведення популяційного канцер-реєстру. При обчисленні враховуються вікові показники очікуваної смертності загальної популяції. Пацієнти, які вибули з-під спостереження (відсутні відомості щодо життєвого стану пацієнта менш ніж через 5 років після встановлення діагнозу), перевіряються.

Знаменник індикатора складає загальну кількість пацієнтів з РОК, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування. Зі знаменника виключаються пацієнти, які мають більше одного злякисного діагнозу (множинні раки).

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з РОК, зареєстрованих впродовж звітного періоду на території обслуговування, які прожили 5 років і більше з моменту встановлення діагнозу.

Джерелом інформації є: форма № 030-6/о та база даних Національного канцер-реєстру України.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **VII. Перелік літературних джерел і нормативно-правових актів, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу**

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Рак ободової кишки», 2025 [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 січня 1996 року № 10 «Про створення національного канцер-реєстру України».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 листопада 1997 року № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2009 року № 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».

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 березня 2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 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».

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 жовтня 2013 року № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 16 січня 2014 року за № 77/24854.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2018 року № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають

первинну медичну допомогу».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту  
медичних послуг**



**Євгеній ГОНЧАР**

Додаток 1  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

**Класифікація та стадіювання раку ободової кишки**

Ця інформація стосовно стадіювання заснована на Union for International Cancer Control (UICC) TNM 8 UICC TNM 8, що має використовуватись для стадіювання всіх пухлин з 1 січня 2018.

**Класифікація РОК за системою TNM восьмого перегляду (2017)**

<b>T Первинна пухлина</b>	
<b>TX</b>	Первинну пухлину неможливо оцінити
<b>T0</b>	Відсутність ознак первинної пухлини
<b>Tis</b>	Карцинома <i>in situ</i> : внутрішньослизова карцинома (залучення власної пластинки без інвазії через м'язовий шар слизової оболонки у підслизову основу)
<b>T1</b>	Пухлина інвазує у підслизову основу (без інвазії у м'язову оболонку [muscularis propria])
<b>T2</b>	Пухлина інвазує у м'язову оболонку (muscularis propria)
<b>T3</b>	Пухлина проникає через м'язову оболонку (muscularis propria) у сполучні тканини навколо ободової кишки чи ободової кишки
<b>T4</b>	Пухлина залучає* вісцеральну очеревину або сусідній орган чи структуру або прилягає до них
<b>T4a</b>	Пухлина залучає* через вісцеральну очеревину (включно з макроскопічною перфорацією кишки через пухлину та безперервною інвазією пухлини через ділянки запалення до поверхні вісцеральної очеревини)
<b>T4b</b>	Пухлина безпосередньо інвазує* через вісцеральну очеревину у сусідні органи чи структури або прилягає** до них
<b>N Регіонарні лімфатичні вузли</b>	
<b>NX</b>	Регіонарні лімфовузли неможливо оцінити
<b>N0</b>	Відсутність метастазів у регіонарні лімфовузли
<b>N1</b>	1–3 уражені регіонарні лімфовузли (пухлина в лімфовузлах розміром $\geq 0,2$ мм) або будь-яка кількість пухлинних депозитів, при цьому всі ідентифіковані лімфовузли не уражені
<b>N1a</b>	Один уражений регіонарний лімфовузол
<b>N1b</b>	2–3 уражені регіонарні лімфовузли
<b>N1c</b>	Регіонарні лімфовузли не уражені, але присутні пухлинні депозити у зоні регіонарного лімфатичного відтоку

<b>N2</b>	≥4 уражених регіонарних лімфовузлів
N2a	4–6 уражених регіонарних лімфовузлів
N2b	≥7 уражених регіонарних лімфовузлів
<b>M Віддалені метастази</b>	
<b>M0</b>	Відсутність віддалених метастазів на візуалізації тощо; відсутність ознак пухлини у віддалених ділянках або органах. (Ця категорія не присвоєна патологоанатомами)
<b>M1</b>	Ідентифіковано метастази в одну чи кілька віддалених ділянок або органів або метастази в очеревину
M1a	Ідентифіковано метастаз в одну/один ділянку/орган без метастазів у очеревину
M1b	Ідентифіковано метастази у дві чи кілька ділянок або органів без метастазів в очеревину
M1c	Ідентифіковано метастази на поверхню очеревини окремо або разом з метастазами в інші ділянки або органи, метастази у пасмо великого чіпця розглядаються як метастаз в очеревину

**Примітки.** \*Безпосередня інвазія при T4 включає інвазію в інші органи або інші сегменти ободової та ободової кишки в результаті прямого поширення через серозну оболонку, що підтверджується при мікроскопічному дослідженні (наприклад, інвазія карциноми сліпої кишки у сигмоподібну кишку) або, при раку заочеревинної або підочеревинної локалізації, безпосередня інвазія в інші органи або структури внаслідок поширення за межі власного м'яза (тобто, відповідно, пухлина на задній стінці низхідної ободової кишки, що вражає ліву нирку або бічну стінку живота; або рак середнього чи дистального відділу ободової кишки з інвазією у передміхурову залозу, сім'яні пухирці, шийку матки чи піхву).

\*\*Пухлину, яка прилягає до інших органів або структур, макроскопічно, класифікують як cT4b. Однак, якщо на місці прилягання немає пухлини, мікроскопічно, слід класифікувати пухлину як pT1-4a залежно від анатомічної глибини інвазії у стінку. Для визначення наявності або відсутності судинної або лімфатичної інвазії слід використовувати класифікацію V та L, тоді як для периневральної інвазії слід використовувати прогностичний фактор PN.

#### **R - Резидуальна пухлина**

R0	Повна резекція, краї гістологічно негативні, після резекції не залишилося пухлини
R1	Неповна резекція, краї гістологічно уражені, після резекції залишилися мікроскопові ознаки пухлини
R2	Неповна резекція, уражені краї або після резекції залишилися видимі ознаки пухлини



**Стадіювання раку ободової кишки**

	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>Стадія 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Стадія I</b>	T1, T2	N0	M0
<b>Стадія IIА</b>	T3	N0	M0
<b>Стадія IIВ</b>	T4a	N0	M0
<b>Стадія IIС</b>	T4b	N0	M0
<b>Стадія IIIА</b>	T1, T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
<b>Стадія IIIВ</b>	T3-T4a	N1/N1c	M0
	T2-T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
<b>Стадія IIIС</b>	T4a	N2a	M0
	T3-T4a	N2b	M0
	T4b	N1-N2	M0
<b>Стадія IVА</b>	Будь-яка T	Будь-який N	M1a
<b>Стадія IVВ</b>	Будь-яка T	Будь-який N	M1b
<b>Стадія IVС</b>	Будь-яка T	Будь-який N	M1c

**Підкласифікація Naggett поліпозного раку T1 заснована на ступені інвазії в струму**

Рівень інвазії	Інвазія частини поліпа
0	Відсутня інвазивна карцинома
1	Інвазія в головку поліпа
2	Інвазія в шийку поліпа
3	Інвазія в ніжку поліпа
4	Інвазія в основу поліпа
<b>Підкласифікація раку T1 заснована на глибині поширення в підслизовий шар</b>	
Рівень інвазії (sm)	Інвазія в підслизовий шар
1	Верхня третина товщини підслизової основи (<1000 μm)
2	Середня третина товщини підслизової основи (≥1000 μm)
3	Нижня третина товщини підслизової основи

## Додаток 2

до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(підпункт 1 пункту 2 розділу III)

### ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА ЗА ІНДЕКСОМ КАРНОВСЬКОГО АБО ШКАЛОЮ ECOG

Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOG	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 із зусиллям	80		
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. Необхідно активне лікування та госпіталізація	20		
Смерть	0		

Додаток 3  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 1 розділу IV)

**Обов'язкові та бажані діагностичні заходи при первинно виявленому  
РОК**

**Обов'язкові**

Біопсія

Тестування на MMR/MSI

Пальцеве ректальне дослідження

Колоноскопія/ригідна ректороманоскопія

КТ грудної клітки та КТ або МРТ черевної порожнини

ЗАК, біохімічний аналіз крові, РЕА

МРТ таза з контрастом чи без нього

Оцінка мультидисциплінарної робочої групи лікування,  
включно з оцінкою резектабельності

**Бажані**

Ендоскопічне УЗД

Консультація фахівця з ентеростомії за показаннями для передопераційної  
розмітки місця стоми та навчання

Застосування ПЕТ/КТ за показаннями

МРТ з гепатотропним контрастуванням за показаннями

Обговорення/консультування щодо ризику фертильності у  
відповідних пацієнтів

---

Додаток 4  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Схема та обсяг стандартного лікування пацієнтів з локалізованим раком (I-III стадії) ободової кишки**

<b>Стадії захворювання</b>	<b>Обсяг стандартного лікування</b>
0 (TisN <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ) I (T <sub>1sm1-2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> )	За наявності матеріально-технічного забезпечення та кадрових ресурсів – ендоскопічна резекція слизової оболонки або ендоскопічна підслизова дисекція
0 (TisN <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ) I (T <sub>1-2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ) IIA (T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> ) IIB (T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> *)	Хірургічне лікування Неoad'ювантна хіміотерапія в разі місцевопоширеного (T4в) раку ободової кишки Ад'ювантна хіміотерапія за наявності несприятливих прогностичних факторів – від 3 до 6 місяців
IIB (T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> *) IIIA (T <sub>1-2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> ), IIIB (T <sub>3-4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> ), IIIC (T <sub>1-4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub> ),	1. Хірургічне лікування 2. Неoad'ювантна хіміотерапія в разі місцевопоширеного (T4в) раку ободової кишки 3. Ад'ювантна хіміотерапія – від 3 до 6 місяців

**Примітка\*:** Ад'ювантну хіміотерапію при IIB стадії слід призначати, враховуючи негативні прогностичні фактори (кишкова непрохідність, перфорація кишки, інвазія в кровоносні та лімфатичні судини, периневральна інвазія, позитивні краї резекції, підвищений рівень РЕА та перед початком лікування, дослідження менше 12 лімфовузлів при патогістологічному дослідженні) та структурні особливості пухлини (наявність мікросателітної нестабільності, делеція 18q хромосоми, мутація гена k-ras та інші).

Додаток 5

до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Діагностика та лікування при поліпах ободової кишки з наявністю елементів інвазивної карциноми**

Клінічний діагноз	Діагностичний алгоритм	Результати		Подальше лікування
Поліп на ніжці або поліп на широкій основі (аденома) з наявністю елементів інвазивної карциноми	Патоморфологічне дослідження Колоноскопія Розмітка злоякісної ділянки поліпа (під час колоноскопії або впродовж 2 тижнів, якщо хірург вважає це необхідним) Тестування на MMR/MSI	Поодинокий зразок, повністю видалений із сприятливими гістологічними ознаками та чіткими краями (лише при pT1)	Поліп на ніжці з інвазивним раком	Спостереження
			Поліп на широкій основі з інвазивним раком	Спостереження або ендоскопічне видалення або радикальне хірургічне лікування
		Фрагментований зразок або край не можна оцінити або несприятливі гістологічні ознаки	Повторне ендоскопічне дослідження КТ грудної клітки та КТ або МРТ черевної порожнини з контрастом ЗАК, біохімічний аналіз крові, РЕА Ендоскопічне УЗД (за показаннями)	Ендоскопічна ексцизія (у відповідних випадках) або Радикальне хірургічне лікування

Додаток 6  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Лікування РОК I-III стадій**

Діагностичні та клінічні дані	Лікування		Подальше лікування
Резекція можлива, відсутність декомпенсованої кишкової непрохідності	Колектомія з видалення регіонарних лімфовузлів єдиним блоком		Спостереження або Ад'ювантна хіміотерапія
Резекція можлива, декомпенсована кишкова непрохідність	Одноетапна колектомія з видаленням регіонарних лімфовузлів єдиним блоком		Ад'ювантна хіміотерапія
	Колостомія або Ендоскопічне стентування або Обхідний анастомоз	Одноетапна колектомія з видаленням регіонарних лімфовузлів єдиним блоком	
Масивне ураження лімфовузлів або клінічна стадія T4b	Розглянути можливість неoad'ювантної терапії за схемами FOLFOX або CAPEOX	Одноетапна колектомія з видаленням регіонарних лімфовузлів єдиним блоком	Ад'ювантна хіміотерапія
Місцево нерезектабельний або неоперабельний процес	Системна хіміотерапія або Інфузійний фторурацил + ПТ або капецитабін + ПТ	Провести повторну оцінку можливості переведення в операбельний стан	Одноетапна колектомія з видаленням регіонарних лімфовузлів єдиним блоком або системна хіміотерапія

Додаток 7  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Основні види оперативних втручань у пацієнтів з РОК**

Види операцій		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	Геміколектомія правобічна (стандартна/розширена)	I-IV	Лімфодисекцію слід виконувати або в обсязі не менше ніж D2, або з дотриманням принципів CME/CVL
	Резекція поперечної ободової кишки	I-IV	
	Трансверзектомія	I-IV	
	Геміколектомія лівобічна (стандартна/розширена)	I-IV	
	Резекція сигмоподібної кишки	I-IV	
	Передня резекція прямої кишки з парціальною мезоректумектомією	I-IV	За наявності пухлини дистального відділу сигмоподібної кишки та ректосигмоїдного відділу
	Обструктивна резекція ободової кишки	I-IV	За наявності виражених явищ гострої кишкової непрохідності та/або перитоніту
	Колостомія (трансверзостомія, сигмостомія)	I-IV	За неможливості виконання радикального або паліативного втручання
	Формування обхідного анастомозу	I-IV	За неможливості виконання радикального або паліативного втручання
Додатковий перелік втручань	Ендоскопічне видалення пухлини	In situ – IA (Sm1-2)	За наявності достатнього матеріально-технічного забезпечення (ендоскопічна резекція слизової оболонки, ендоскопічна підслизова дисекція та ін.)
	Субтотальна колектомія	I-IV	За наявності мультицентричного ураження
	Тотальна колектомія, колопроктектомія	I-IV	За наявності мультицентричного ураження або підтвердженого САП

Додаток 8  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Показання та схеми ад'ювантної хіміотерапії для пацієнтів з РОК  
після радикального хірургічного лікування**

<b>Патоморфологічне стадіювання після радикального хірургічного лікування</b>	<b>Ад'ювантне лікування (до 6 місяців періопераційного лікування)</b>
Tis; T1, N0, M0; T2, N0, M0; T3–4, N0, M0 (MSI-H/dMMR)	Ад'ювантне лікування не показане
T3, N0, M0 (MSS/pMMR та відсутність факторів несприятливого прогнозу)	Спостереження або Капецитабін (6 місяців) або фторурацил /кальцію фолінат (6 місяців)
T3, N0, M0 за наявності факторів несприятливого прогнозу або T4, N0, M0 (MSS/pMMR)	FOLFOX (6 місяців) або CAPEOX (3 місяці) або Капецитабін (6 місяців) або фторурацил /кальцію фолінат (6 місяців) або Спостереження
T1–3, N1 (III стадія низького ризику) T4, N1–2; будь-яка T, N2 (III стадія високого ризiku)	FOLFOX або CAPEOX впродовж 6 місяців або Капецитабін (6 місяців) або фторурацил (6 місяців) або Спостереження



Додаток 9  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Схеми ад'ювантної хіміотерапії РОК**

Основний перелік схем медикаментозного лікування	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
Спрощена двотижнева фторурацил / кальцію фолінат (sLV5FU2)	Кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1, з наступним болюсом фторурацил 400 мг/м <sup>2</sup> , з наступною безперервною інфузією 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 дні (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46-48 годин)	Повторювати кожні 2 тижні до 6 місяців післяопераційної терапії
Капецитабін (монотерапія)	Капецитабін 1000-1250 мг/м <sup>2</sup> перорально двічі на добу впродовж 14 днів кожні 3 тижні	до 6 міс періопераційної терапії
mFOLFOX 6	Оксаліплатин 85 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, фторурацил 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно болюс у день 1-й, з наступною безперервною інфузією 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 дні (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46–48 годин)	Повторювати кожні 2 тижні
CAPEOX	Оксаліплатин 130 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й Капецитабін 1000 мг/м <sup>2</sup> перорально двічі на добу впродовж 14 днів кожні 3 тижні	Повторювати кожні 3 тижні

**Примітка.**\*Пероральні фторпіримідини є альтернативою схемам на основі інфузії фторурацилу у пацієнтів, яким неможливе парентеральне введення фторурацилу.

Додаток 10  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Діагностичний алгоритм у пацієнтів із підозрюваним або  
підтвердженим синхронним метастатичним РОК**

<b>Клінічна картина</b>	<b>Діагностичний алгоритм</b>
Підозрювана або підтверджена метастатична синхронна аденокарцинома (будь-яка T, будь-який N, M1)	Колоноскопія КТ грудної клітки та КТ/черевної порожнини/таза ЗАК, біохімічний аналіз крові PEA Визначення статусу мутацій гена RAS та BRAF та ампліфікації HER2 (окремо або під час секвенування наступного покоління) Визначення статусу MMR або MSI пухлини Біопсія метастатичних вогнищ (за клінічними показаннями) Розглянути ПЕТ/КТ (від основи черепа до середини стегна) у разі потенційно хірургічно виліковного захворювання M1 в обраних випадках Розглянути МРТ печінки для пацієнтів з потенційно резектабельними метастазами Якщо резекція можлива, то оцінка мультидисциплінарного консилиуму, включно з хірургом, який має досвід резекції гепатобіліарних або легених метастазів

Додаток 11  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з резектабельними метастазами в печінку та/або легені**

<b>СТУПІНЬ ПОШИРЕНOSTІ</b>	<b>НЕОАД'ЮВАНТНЕ ЛІКУВАННЯ</b>
Резектабельні синхронні метастази лише в печінку та/або лише в легені	Синхронна або поетапна колектомія з резекцією печінки або легень (оптимально) та/або місцевою терапією або Неoad'ювантна терапія (впродовж 2-3 місяців) за схемою FOLFOX (оптимально) або CAPEOX (оптимально) або FOLFIRI (категорія 2B) або FOLFOXIRI (категорія 2B) з наступною синхронною або поетапною колектомією та резекцією метастатичного ураження або Колектомія з наступною хіміотерапією (впродовж 2-3 місяців) за схемою FOLFOX (оптимально) або CAPEOX (оптимально) або FOLFIRI (категорія 2B) або FOLFOXIRI (категорія 2B) та поетапною резекцією метастатичного ураження або Розглянути можливість призначення пембролізумабу (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) з наступною синхронною або поетапною колектомією та резекцією метастатичного ураження

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з  
нерезектабельними метастазами в печінку та/або легені**

<b>СТУПІНЬ ПОШИРЕНOSTI</b>	<b>ПОЧАТКОВЕ ЛІКУВАННЯ</b>				
Нерезектабельні синхронні метастази лише в печінку та/або лише в легені або неоперабельні з медичної точки зору	FOLFIRI або FOLFOX або CAPEOX або FOLFOXIRI ± бевацизумаб		Операбельний	Етапна або синхронна резекція та/або місцева терапія з приводу метастазів та резекція ободової кишки	
	або розглянути можливість застосування пембролізумаб у (лише при dMMR/MSI- H) або FOLFIRI або FOLFOX або FOLFOXIRI ± панітумумаб або цетуксимаб (лише при KRAS/NRAS/ BRAF WT)	Повторно оцінити відповідь, щоб визначити можливість резекції	Неоперабельний	Прогресування первинної пухлини	Відсутність прогресування первинної пухлини

Додаток 12  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з нерезектабельними метастазами у випадку прогресування після попередньої терапії на основі оксаліплатину без іринотекану**

Попереднє лікування	ПОДАЛЬША ТЕРАПІЯ		
Попередня терапія на основі оксаліплатину без іринотекану	FOLFIRI або іринотекан або FOLFIRI + бевацизумаб (оптимально) або Іринотекан + бевацизумаб (оптимально)	Іринотекан + цетуксимаб або панітумумаб ( <i>лише при KRAS/NRAS/BRAF WT</i> ) або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб
		Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
		Пембролізумаб (оптимально) ( <i>лише при dMMR/MSI-H</i> ) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	Системна терапія
	FOLFIRI + цетуксимаб або панітумумаб ( <i>лише при KRAS/NRAS/BRAF WT</i> ) або Іринотекан + цетуксимаб або панітумумаб ( <i>лише при KRAS/NRAS/BRAF WT</i> )	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
	Пембролізумаб (оптимально)	Пембролізумаб (оптимально) ( <i>лише при dMMR/MSI-H</i> ) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	Системна терапія

<b>Попереднє лікування</b>	<b>ПОДАЛЬША ТЕРАПІЯ</b>	
	або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з нерезектабельними метастазами у випадку прогресування після попередньої терапії на основі іринотекану без оксаліплатину**

<b>Попереднє лікування</b>	<b>ПОДАЛЬША ТЕРАПІЯ</b>			
Попередня терапія на основі іринотекану без оксаліплатину	FOLFOX або CAPEOX або FOLFOX + бевацизумаб або CAPEOX + бевацизумаб або FOLFOX + цетуксимаб або панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BR AF WT)	Іринотекан + цетуксимаб або панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб	
		Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія	
		Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)		
	Іринотекан + цетуксимаб або панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BR AF WT) або	FOLFOX або CAPEOX або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
			Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	
	Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)			

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з нерезектабельними метастазами у випадку прогресування після попередньої терапії на основі оксаліплатину та іринотекану**

Попереднє лікування	ПОДАЛЬША ТЕРАПІЯ		
Попереднє лікування оксаліплатином та іринотеканом	Іринотекан + цетуксимаб або панітумумаб <i>(лише при KRAS/NRAS/ BRAF WT)</i> або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
		Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	Найкраща підтримуюча терапія
	Регорафеніб або		Регорафеніб або Трифлуридин/ типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або		Найкраща підтримуюча терапія	
Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)		Найкраща підтримуюча терапія	

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з нерезектабельними метастазами у випадку прогресування після попередньої терапії без іринотекану та оксаліплатину**

<b>ПОДАЛЬША ТЕРАПІЯ після терапії без іринотекану та оксаліплатину</b>			
FOLFOX або CAPEOX або (FOLFOX або CAPEOX) + бевацизумаб	Іринотекан ± (цетуксимаб або панітумумаб) (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT) або	Іринотекан + (цетуксимаб або панітумумаб) (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT) або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб
		Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або	Регорафеніб або Трифлуридин/типірацил ± бевацизумаб або Найкраща підтримуюча терапія
		Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	
	Пембролізумаб (оптимально) (лише при dMMR/MSI-H) або Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)		

**Лікування при синхронному метастатичному РОК з ураженням очеревини (перитонеальний карциноматоз)**

Синхронне метастатичне ураження очеревини	Відсутність кишкової непрохідності	Системна терапія
	Наявність кишкової непрохідності	Резекція ободової кишки або Колостомія або Стентування (лише для уражень верхньоампулярного відділу ободової кишки)



Додаток 13  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 2 розділу IV)

**Основні схеми хіміотерапії та таргетної терапії, що використовуються  
при лікуванні метастатичного раку ободової кишки**

**Протипоказання до медикаментозного лікування:**

стан за шкалою ECOG 4 бали;

тяжкий стан пацієнта внаслідок декомпенсованих порушень функції печінки, нирок та інше;  
стійка лейкопенія, агранулоцитоз, анемія, тромбоцитопенія;  
інша виражена токсичність III-IV ступеню.

Основний перелік схем медикаментозного лікування	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
mFOLFOX 6	Оксаліплатин 85 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, фторурацил 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно болюс у день 1-й, з наступною безперервною інфузією 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 днів (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46-48 годин).	Повторювати кожні 2 тижні
mFOLFOX7	Оксаліплатин 85 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1, фторурацил 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 днів (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46-48 годин) внутрішньовенно безперервна інфузія	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFOX + бевацизумаб	Бевацизумаб 5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFOX + панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Панітумумаб 6 мг/кг внутрішньовенно впродовж 60 хвилин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFOX + цетуксимаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Цетуксимаб 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді першої внутрішньовенно інфузії впродовж 2 годин, з наступною дозою 250 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 60 хвилин щотижня або цетуксимаб 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
CAPEOX	Оксаліплатин 130 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й Капецитабін 1000 мг/м <sup>2</sup> перорально двічі на добу впродовж 14 днів кожні 3 тижні	Повторювати кожні 3 тижні

Основний перелік схем медикаментозного лікування	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
CAPEOX + бевацизумаб	Оксаліплатин 130 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1 Капецитабін 1000 мг/м <sup>2</sup> перорально двічі на добу впродовж 14 днів Бевацизумаб 7,5 мг/кг внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 3 тижні
FOLFIRI	Іринотекан 180 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 30-90 хвилин, у день 1, кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді внутрішньовенно інфузії, що відповідає тривалості інфузії іринотекану, у день 1, фторурацил 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно болюс у день 1, з наступною безперервною інфузією 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 днів (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46-48 годин)	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFIRI + бевацизумаб	Бевацизумаб 5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFIRI + цетуксимаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Цетуксимаб 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді першої внутрішньовенно інфузії впродовж 2 годин, з наступною дозою 250 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 60 хвилин щотижня або цетуксимаб 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFIRI + панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Панітумумаб 6 мг/кг внутрішньовенно впродовж 60 хвилин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFOXIRI	Іринотекан 165 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1, оксаліплатин 85 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1, кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> у день 1, безперервна інфузія фторурацил 200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 днів (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 48 годин), починаючи з дня 1.	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFOXIRI + бевацизумаб	Бевацизумаб 5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFIRI + цетуксимаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Цетуксимаб 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді першої внутрішньовенно інфузії впродовж 2 годин, з наступною дозою 250 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 60 хвилин щотижня або цетуксимаб 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
FOLFIRI + панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Панітумумаб 6 мг/кг внутрішньовенно впродовж 60 хвилин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
IROX	Оксаліплатин 85 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно, з наступним отриманням іринотекану в дозі 200 мг/м <sup>2</sup> впродовж 30-90 хвилин	Повторювати кожні 3 тижні

Основний перелік схем медикаментозного лікування	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
IROX + бевацизумаб	Бевацизумаб 7,5 мг/кг внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 3 тижні
Болюсний або інфузійний фторурацил / кальцію фолінат (схема центру Розуелл–Парк)	Кальцію фолінат 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, дні 1, 8, 15, 22, 29 та 36 фторурацил 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно болюс через 1 годину після початку кальцію фолінату, дні 1, 8, 15, 22, 29 та 36	Повторювати кожні 8 тижнів
Спрощена двотижнева фторурацил /кальцію фолінат (sLV5FU2)	Кальцію фолінат 400 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1-й, з наступним болюсом фторурацил 400 мг/м <sup>2</sup> , з наступною безперервною інфузією 1200 мг/м <sup>2</sup> /доба x 2 днів (всього 2400 мг/м <sup>2</sup> впродовж 46-48 годин)	Повторювати кожні 2 тижні до 6 місяців післяопераційної терапії
Капецитабін (монотерапія)	Капецитабін 850-1250 мг/м <sup>2</sup> перорально двічі на добу впродовж 14 днів кожні 3 тижні	до 6 місяців періопераційної терапії
Капецитабін + бевацизумаб	Бевацизумаб 7,5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1	Повторювати кожні 3 тижні
Іринотекан (монотерапія)	Іринотекан 125 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 30-90 хвилин, дні 1 та 8 Повторювати кожні 3 тижні або іринотекан 180 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 30-90 хвилин, у день 1 Повторювати кожні 2 тижні або іринотекан 300-350 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 30-90 хвилин, у день 1 Повторювати кожні 3 тижні	Повторювати кожні 2-3 тижні
Іринотекан + цетуксимаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Цетуксимаб 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді першої інфузії, з наступною внутрішньовенно дозою 250 мг/м <sup>2</sup> щотижня або цетуксимаб 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, у день 1	Повторювати кожні 2 тижні
Іринотекан + панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Панітумумаб 6 мг/кг внутрішньовенно впродовж 60 хвилин	Повторювати кожні 2 тижні
Іринотекан + бевацизумаб	Іринотекан 180 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1 Бевацизумаб 5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1 Повторювати кожні 2 тижні або Іринотекан 250-350 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно у день 1 Бевацизумаб 7,5 мг/кг, внутрішньовенно у день 1 Повторювати кожні 3 тижні	Повторювати кожні 2-3 тижні

Основний перелік схем медикаментозного лікування	Схема медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
Цетуксимаб (монотерапія) (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Цетуксимаб 400 мг/м <sup>2</sup> у вигляді першої інфузії, з наступною внутрішньовенно дозою 250 мг/м <sup>2</sup> щотижня або цетуксимаб 500 мг/м <sup>2</sup> внутрішньовенно впродовж 2 годин, у день 1, кожні 2 тижні	Повторювати кожні 2-3 тижні
Панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT)	Панітумумаб 6 мг/кг внутрішньовенно впродовж 60 хвилин	Повторювати кожні 2 тижні
Регорафеніб	Регорафеніб 160 мг перорально щодня у дні 1–21 або Перший цикл: регорафеніб 80 мг перорально щодня в дні 1-7, з наступним отриманням 120 мг перорально щодня в дні 8-14, з наступним отриманням 160 мг перорально щодня в дні 15-21 Наступні цикли: регорафеніб 160 мг перорально щодня у дні 1-21	Повторювати кожні 28 днів
Трифлуридин /типірацил ± бевацизумаб	Трифлуридин/типірацил 35 мг/м <sup>2</sup> до максимальної дози 80 мг (на основі трифлуридинового компонента) перорально двічі на добу в дні 1-5 та 8-12 Бевацизумаб 5 мг/кг у дні 1 та 15	Повторювати кожні 28 днів
Пембролізумаб (лише при dMMR/MSI-H)	Пембролізумаб 2 мг/кг внутрішньовенно кожні 3 тижні або пембролізумаб 200 мг внутрішньовенно кожні 3 тижні або пембролізумаб 400 мг внутрішньовенно кожні 6 тижнів	Повторювати кожні 3 або 6 тижнів
Трастузумаб + пертузумаб (HER2-ампліфікований та RAS та BRAF WT)	Трастузумаб 8 мг/кг внутрішньовенно у вигляді навантажувальної дози у день 1 циклу 1, з наступною дозою 6 мг/кг внутрішньовенно кожен 21 тиждень Пертузумаб 840 мг/кг внутрішньовенно у вигляді навантажувальної дози у день 1 циклу 1, з наступною дозою 420 мг внутрішньовенно кожен 21 тиждень	Повторювати кожні 3 тижні

**Примітки.**\*Пероральні фторпіримідини є альтернативою схемам на основі інфузії фторурацилу у пацієнтів, яким неможливе парентеральне введення фторурацилу.

Додаток 14  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 3 розділу IV)

**Діагностичний алгоритм та періоди спостереження у пацієнтів, що завершили лікування РОК**

Звершене лікування та стадія РОК	Алгоритм спостереження	
Стадія I	Колоноскопія через 1 рік після операції: Повторити через 1 рік при поширеній аденомі За відсутності поширеної аденоми, повторити через 3 роки, потім кожні 5 років	Серійне підвищення рівня РЕА або підтверджений рецидив або метастази
Стадія II, III	Медичний анамнез та фізикальний огляд кожні 3-6 місяців впродовж 2 років, потім кожні 6 місяці впродовж 5 років Тестування РЕА кожні 3-6 місяців впродовж 2 років, потім кожні 6 міс впродовж 5 років КТ грудної клітки/ черевної порожнини/таза: стадія II, III: кожні 6-12 місяці впродовж 5 років	
Стадія IV	Медичний анамнез та фізикальний огляд кожні 3-6 місяців впродовж 2 років, потім кожні 6-12 місяців впродовж 5 років Колоноскопія через 1 рік після операції, якщо передопераційну колоноскопію не було виконано через стенозуючу пухлину, колоноскопія через 3-6 місяців Повторити через 1 рік при поширеній аденомі За відсутності поширеної аденоми, повторити через 3 роки, потім кожні 5 років	

Додаток 15  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 3 розділу IV)

**Діагностичний та лікувальний алгоритм при виявленні різних форм рецидиву РОК**

КЛІНІЧНА ФОРМА РЕЦИДИВУ	ОБСЯГ ОБСТЕЖЕННЯ ТА КЛІНІЧНА ОЦІНКА	ЛІКУВАННЯ			
Серійне підвищення РЕА	Фізикальне обстеження Колоноскопія КТ грудної клітки/черевної порожнини/таза з контрастом Розглянути можливість ПЕТ/КТ	Негативні результати	Розглянути можливість ПЕТ/КТ Повторно виконати КТ грудної клітки/ черевної порожнини/ таза з контрастом через 3 місяці	Негатив ні результ ати	Спостереження
		Позитивні результати	Лікування підтверджених метахронних метастазів	Позити вні результ ати	Лікування підтверджених метахронних метастазів
Метахронні метастази, підтверджені шляхом КТ, МРТ та/або біопсії	Резектабельні  Нерезектабельні (з можливістю конверсії в резектабельні)	Розглянути можливість ПЕТ/КТ	Резектабельні  Нерезектабельні		

**Діагностичний та лікувальний алгоритм при виявленні резектабельних метакронних метастазів РОК**

РЕЗЕКТАБЕЛЬНІ МЕТАХРОННІ МЕТАСТАЗИ	ПОЧАТКОВЕ ЛІКУВАННЯ	АД'ЮВАНТНЕ ЛІКУВАННЯ (ДО 6 МІСЯЦІВ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ)		
Відсутність попередньої хіміотерапії	Резекція (оптимально)	FOLFOX або CAPEOX (оптимально) або Капецитабін або фторурацил/кальцію фолінат		Спостереже ння
	або Неoad'ювантна хіміотерапія (2-3 міс) FOLFOX (оптимально) або CAPEOX (оптимально) капецитабін або фторурацил/кальцію фолінат	Резекція (оптимально)	FOLFOX або CAPEOX або Капецитабін або фторурацил /кальцію фолінат або Спостереження	Спостереже ння
Попередня хіміотерапія	Резекція (оптимально)	Спостереження (оптимально у разі попередньої терапії на основі оксаліплатину) або Системна терапія ± таргетна терапія		Спостереже ння
	Неoad'ювантна хіміотерапія (2–3 міс) FOLFOX (оптимально) або CAPEOX (оптимально) або капецитабін або фторурацил/кальцію фолінат	Резекція (оптимально)	FOLFOX або CAPEOX або Капецитабін або фторурацил /кальцію фолінат або Спостереження	

## Діагностичний та лікувальний алгоритм при виявленні нерезектабельних метакронних метастазів РОК

НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНІ МЕТАХРОННІ МЕТАСТАЗИ	ПОЧАТКОВЕ ЛІКУВАННЯ				АД'ЮВАНТНЕ ЛІКУВАННЯ (ДО 6 МІСЯЦІВ ПЕРІОПЕРАЦІЙ НОГО ЛІКУВАННЯ)
<p>Попередня ад'ювантна хіміотерапія FOLFOX/CAPEOX впродовж останніх 12 місяців</p>	<p>FOLFIRI або іринотекан ± бевацизумаб (оптимально) або FOLFIRI або іринотекан ± цетуксимаб або панітумумаб (лише при KRAS/NRAS/BRAF WT) або пембролізумаб (оптимально) лише при dMMR/MSI-H</p>	<p>Виконувати повторну оцінку щодо переведення у резектабельний стан кожні 2 місяці, якщо таке переведення здійсненне</p>	<p>Стають резектабельними</p>	<p>Резекція</p>	<p>Системна терапія ± таргетна терапія або Спостереження</p>
<p>Попередня ад'ювантна схема FOLFOX/CAPEOX &gt;12 місяців Попередня схема фторурацил/ кальцію фолінат або капецитабін</p>	<p>Системна терапія</p>		<p>Залишаються нерезектабельними</p>		<p>Системна терапія</p>



Додаток 16  
до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(пункт 3 розділу IV)

**Оптимальні інтервали спостереження пацієнтів після видалення  
аденоматозних поліпів\***

Ризик	Опис	Нагляд
Низький	1-4 повністю видалені конвенційні аденоми інтестинального типу без дисплазії високого ступеня, не враховуючи наявності вільного компоненту, або будь-яке зубчасте утворення (включно з гіперпластичними поліпами) без дисплазії, найбільшим розміром <10 мм.	Не потребує спеціального нагляду, пацієнт повертається до скринінгу
Помірний	Не менше 1 повністю видалена аденома, найбільшим розміром $\geq 10$ мм, або аденома з дисплазією високого ступеня будь-якого розміру, або $\geq 5$ аденом будь-якого розміру, або будь-яке зубчасте утворення (включно з гіперпластичними поліпами) $\geq 10$ мм або з дисплазією (будь-якого ступеня, визначення ступеня дисплазії для зубчастих утворень на широкій основі не рекомендоване).	Повторіть колоноскопію через три роки. У разі не виявлення нових поліпів, рекомендовано повторити наступну колоноскопію за 5 років і, у разі не виявлення нових поліпів, пацієнт повертається до скринінгу
Високий	Видалення по частинах утворень $\geq 20$ мм.	Повторіть колоноскопію впродовж 3-6 місяців.

**Примітка:** \*Зазначені інтервали спостереження викладені відповідно до чинних рекомендацій Європейської спілки гастроінтестинальної ендоскопії (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) і є актуальними лише у разі дотримання необхідних вимог та стандартів якості скринінгової колоноскопії, а саме:

частота інтубації сліпої кишки під час скринінгової колоноскопії повинна становити  $\geq 90\%$ ;  
частота виявлення аденом (adenoma detection rate), тобто відсоток колоноскопій, під час яких була виявлена хоча б одна аденома, повинен становити  $\geq 25\%$ ;

У випадку невідповідності параметрів надання медичних послуг в окремому лікувальному закладі зазначеним вимогам, рекомендовано скерувати пацієнта у лікувальний заклад з наявністю відповідних параметрів.

## Додаток 17

до Уніфікованого клінічного протоколу  
первинної та спеціалізованої медичної  
допомоги «Рак ободової кишки»  
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

### **ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ МАЮТЬ КОЛОСТОМУ АБО ІЛЕОСТОМУ**

Стома – виведений на передню черевну стінку хірургічним шляхом фрагмент товстого (колостома) або тонкого кишечника (ентеростома) з метою виведення їх вмісту. Стоми не мають замикаючого апарату, тому стомовані пацієнти не відчують позивів до дефекації та не можуть контролювати процес випорожнення. Стома позбавлена нервових закінчень, тому біль не відчувається. Виникаючі больові відчуття можуть бути викликані подразненням шкіри або посиленою перистальтикою кишечника.

Необхідність у формуванні стоми виникає тоді, коли кишечник не може виконувати свої функції – в результаті вродженого дефекту, хвороби або травми. Стоми можуть бути постійними або тимчасовими. Постійна стома не може бути ліквідована в процесі подальшого лікування пацієнта у зв'язку із відсутністю або незворотною травмою замикаючого апарату ободової кишки, при неможливості виконати оперативне втручання із відновлення безперервності кишечника або з інших причин.

Кишкову стому часто називають протиприродним заднім проходом, оскільки випорожнення кишечника відбувається через отвір, сформований на передній черевній стінці. За наявності колостоми випорожнення кишечника відбувається в основному 2-3 рази на добу, кал оформлений або напівформлений.

Через 4-6 тижнів після операції стома буде повністю сформована. Не слід лякатись, якщо ви помітите, що стома трохи збільшилась або зменшилась у розмірах - це відбувається в зв'язку із скороченням або розслабленням стінки кишки.

Існує два основних засоби по догляду за стомами – однокомпонентні та двохкомпонентні калоприймачі. Однокомпонентні калоприймачі слід міняти 2-3 рази на добу, а двохкомпонентні – 1-2 рази на тиждень.

Для догляду за стомою Вам знадобляться: дзеркало, ножиці, трафарет із нанесеними розмірами стоми, поліетиленовий пакет для утилізації використаного калоприймача, рідке мило, одно- чи двокомпонентні калоприймачі, вологі серветки та рушник. Перед заміною калоприймача слід вимити руки із милом. Обережно зніміть використаний калоприймач, попередньо випорожнивши його в унітаз, та викиньте його у спеціально підготовлений герметичний поліетиленовий пакет. Промийте стому та і шкіру навколо неї теплою водою із рідким милом. Робіть це коловими рухами, поступово наближаючись до стоми. Не бійтесь торкатись до стоми руками.

Просушіть шкіру навколо стоми марлевою серветкою або при можливості

дайте шкірі висохнути на відкритому повітрі. Якщо на шкірі навколо стоми є волосся - його слід акуратно зрізати ножицями. Користуватись бритвами, лезами або кремами – депіляторами категорично заборонено. Визначте розмір стоми за допомогою сантиметрового трафарета, перенесіть отриманий розмір на пластину калоприймача, виріжте на пластині отвір згідно з нанесеним контуром. Розмір отвору має на 1-2мм перевищувати розмір стоми. Починайте приклеювати пластину мішка знизу вверху, щільно притискаючи її до шкіри і розгладжуючи від стоми до країв пластини без утворення складок.

Шкіра навколо стоми потребує постійного догляду. Вона має бути чистою, непошкодженою та сухою. На стан шкіри навколо стоми впливають такі фактори, як догляд за стомою, індивідуальні особливості шкіри, а також дієта і лікування.

Харчування має велике значення в процесі адаптації пацієнта до життя зі стомою, регуляції роботи кишечника, відновлення організму після перенесеної операції та для подальшої реабілітації. Враховуючи індивідуальні особливості організму, дати універсальні рекомендації стосовно раціону харчування неможливо. Кожен стомований хворий має створити власний режим харчування. Слід на перших етапах записувати всі продукти та реакцію кишечника на них. Так, поступово можливо буде виключити із раціону ті продукти, які викликають діарею, закрепи, здуття живота та інше. Намагайтесь вживати їжу 3-4 рази на день, в один і той самий час. Намагайтесь не їсти перед сном. Вживайте не менше ніж 1-2 літри рідин на добу. У повсякденному раціоні мають бути присутні м'ясо, риба, молочні та кисломолочні продукти, овочі та фрукти. Утримуйтесь від вживання жирних та копчених продуктів, гострої та маринованої їжі, не слід зловживати алкогольними напоями.

Сподіваємося, що ці стислі рекомендації виявляться для Вас корисними та стануть у нагоді в навчанні жити зі стомою.

---