

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 18 დეკემბრის N01-342/ ო ბრძანებით

## პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია

### პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი .....	4
5. სამიზნე ჯგუფი .....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები .....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	8
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	8
დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	8
13. პროტოკოლის ავტორები.....	9

# 1. პროტოკოლის დასახელება: პროსტატის კიბოს რადიოთერაპია

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1.კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
წინამდებარე ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნე	C61
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების წინასაოპერაციო რადიოთერაპია	KEO001
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების რადიკალური რადიოთერაპია	KEO002
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების დამხმარე რადიოთერაპია	KEO003
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების პალიატიური რადიოთერაპია	KEO004
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების სიმსივნის ლოკალური რეციდივის რადიოთერაპია	KEO0029
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების მეტასტაზების რადიოთერაპია	KEO0049
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების პროფილაქტიკური რადიოთერაპია	KEO0090
წინამდებარე ჯირკვლის და სათესლე ბუშტუკების სხვა რადიოთერაპია	KEO0099
გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	GDDA1A
ხერხემლის გულმკერდის არის კომპიუტერული ტომოგრაფია	NADD2A
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
მთლიანი სხეულის ძვლების იზოტოპური გამოკვლევა	NXIA00
თავის მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (MRI)	AADG1A
მენჯის მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია რადიოთერაპიისთვის დოზის განსაზღვრის მიზნით	JXDG2V
<b>3.ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
ABO სისტემის განსაზღვრა (A1, A2, A3, B)	IM.10.1.1
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ერიტროციტების დალექვის რეაქციის განსაზღვრა სისხლში (ედს-ი)	BL.2.3.3
პროთრომბინის (თრომბოპლასტინის) დროის განსაზღვრა სისხლში ან პლაზმაში	CG.2.1.7
საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდების (INR) განსაზღვრა INR: International rationalized ratio	CG.6
კოაგულაციური ჰემოსტაზის სკრინინგული ტესტები	CG.2.1
თრომბოპლასტინის აქტივირებული ნაწილობრივი (პარციალური) დროის განსაზღვრა	CG.2.1.2
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.3
საერთო ბილირუბინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.10.1.1
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
ასპარტატამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.1
ალანინამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.2
გამაგლუტამილტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.3
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

1.( 2012), Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). prostate cancer

2. J. J. Lu , L. W. Brady (Eds.),(2008 ), Radiation Oncology, An Evidence-Based Approach.

პროტოკოლს ავტორთა ჯგუფს ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლია.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროსტატის კიბოს რადიოთერაპიის პროტოკოლი წარმოადგენს, ზემოთაღნიშნული ნოზოლოგიის, მკურნალობის ტაქტიკის ერთიან და სტანდარტულ სქემას. პროტოკოლის შექმნისა და გამოყენების მიზანია დაავადების მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

აღნიშნული პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ პროსტატის კიბოთი დაავადებული მამაკაცები. ასაკობრივი ქვედა ზღვარი არ არის შეზღუდული. ზოგადი მდგომარეობა ფასდება კარნოვსკი/ზუბროდი/ლანსკის შკალით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ონკოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულების რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტისათვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

რადიოთერაპია გეგმიური მკურნალობის ტიპია. რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება მას შემდეგ, რაც წინასწარ ჩატარებული კონსულტაციის საფუძველზე მიღებული იქნება გადაწყვეტილება რადიოთერაპიის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ. უშუალოდ რადიოთერაპია იწყება დაგეგმარებიდან მაქსიმუმ 2 კვირაში.

## 8. რეკომენდაციები

**რადიოთერაპიის ჩვენებას განსაზღვრავს:**

- დაავადების გავრცელება TNM და FIGO კლინიკური კლასიფიკაციით.
- დაავადების ვერიფიკაცია ციტოლოგია/ჰისტომორფოლოგია/იმუნოჰისტოქიმია.
- პაციენტის ასაკი.
- პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა– შეფასებული კარნოვსკი/ზუბროდი/ლანსკის შკალით.
- თანმხლები დაავადებები.
- Gleason score (Gs).
- PSA.

**პროსტატის კიბოს მკურნალობა**

- დაბალი გრეიდი T1-T2a, Gs ≤6, PSA<10ng/ml.
- ☐ სიცოცხლის ხანგრძლივობა <10 წელი, ტარდება:
  1. PSA კონტროლი 6 თვეში ერთხელ.
  2. დიგიტალური რექტალური გასინჯვა 12 თვეში.
- ☐ სიცოცხლის ხანგრძლივობა ≥10 წელი ტარდება:
  1. PSA კონტროლი ყოველ 6 თვეში, რექტალური გასინჯვა ყოველ 12 თვეში, განმეორებითი ბიოფსია 12 თვეში.
  2. სხივური თერაპია.
  3. რადიკალური პროსტატექტომია ± ლიმფური კვანძების დისექცია, თუ არის ≥2 % ლიმფური კვანძების მეტასტაზის წინასწარი აღბათობა.

- ❖ თუ ოპერაციის შემდეგ აღინიშნება არასასურველი მახასიათებლები როგორცაა: პოზიტიური კიდეები, სათესლე ბუშტუკების ინვაზია, ექსტრაკაფსულარული გავრცელება, PSA მატება, ტარდება დაკვირვება ან რადიოთერაპია.
- ❖ თუ აღინიშნება ლიმფური კვანძების მეტასტაზები ტარდება დაკვირვება ან ანდროგენ დამთრგუნველი თერაპია (ADT).
- **საშუალო გრეიდი T2b-T2c ან Gs 7 ან PSA 10-20 ng/ml**
- ❑ სიცოცხლის ხანგრძლივობა <10 წელი ტარდება:
  1. PSA კონტროლო 6 თვეში ერთხელ;
  2. რექტალური გასინჯვა 12 თვეში;
  3. რადიოთერაპია ± მოკლევადიანი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 4-6 თვე±ბრახითერაპია.
- ❑ სიცოცხლის ხანგრძლივობა ≥10 წელი ტარდება:
  1. რადიკალური პროსტატექტომია ± ლიმფური კვანძების დისექცია თუ არის ≥ 2 % ლიმფური კვანძების მეტასტაზის წინასწარი აღბათობა.
  2. რადიოთერაპია±მოკლევადიანი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 4-6 თვე±ბრახითერაპია.
- ❖ თუ ოპერაციის შემდეგ აღინიშნება არასასურველი მახასიათებლები როგორცაა: პოზიტიური კიდეები,სათესლე ბუშტუკების ინვაზია, ექსტრაკაფსულარული გავრცელება, PSA მატება, ტარდება დაკვირვება ან რადიოთერაპია.
- თუ აღინიშნება ლიმფური კვანძების მეტასტაზები, ტარდება დაკვირვება ან ანდროგენ დამთრგუნველი თერაპია (ADT).
- **მაღალი გრეიდი T3a, Gs 8-10, PSA >20 ng/ml.**
- 1. რადიოთერაპია± ხანგრძლივი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 2-3 წელი±ბრახითერაპია ან
- 2. რადიოთერაპია±მოკლევადიანი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 4-6 თვე±ბრახითერაპია ან
- 3. რადიკალური პროსტატექტომია + ლიმფური კვანძების დისექციით (არჩევითი პაციენტები ფიქსაციის გარეშე).
- ❖ თუ ოპერაციის შემდეგ აღინიშნება არასასურველი მახასიათებლები როგორცაა: პოზიტიური კიდეები, სათესლე ბუშტუკების ინვაზია, ექსტრაკაფსულარული გავრცელება, PSA მატება ტარდება დაკვირვება ან რადიოთერაპია.
- ❖ თუ აღინიშნება ლიმფური კვანძების მეტასტაზები ტარდება დაკვირვება ან ანდროგენ დამთრგუნველი თერაპია (ADT).
- **ლოკალურად გავრცელებული ძალიან მაღალი T3b-T4**
- 1. რადიოთერაპია± ხანგრძლივი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 2-3 წელი±ბრახითერაპია ან
- 2. რადიოთერაპია+ბრახითერაპია ±გრძელვადიანი ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT 2-3 წელი
- 3. რადიკალური პროსტატექტომია +ლიმფური კვანძების დისექციით (არჩევითი პაციენტები ფიქსაციის გარეშე) ან ანდროგენ დამთრგუნველი თერაპია (ADT).
- ❖ თუ ოპერაციის შემდეგ აღინიშნება არასასურველი მახასიათებლები როგორცაა: პოზიტიური კიდეები,სათესლე ბუშტუკების ინვაზია, ექსტრაკაფსულარული გავრცელება, PSA მატება, ტარდება დაკვირვება ან რადიოთერაპია.

- ❖ თუ აღინიშნება ლიმფური კვანძების მეტასტაზები ტარდება დაკვირვება ან ანდროგენ დამთრგუნველი თერაპია (ADT).
- მეტასტაზური დაზიანების დროს ნებისმიერი T, N1.
  1. ADT ან რადიოთერაპია ± ხანგრძლივი ნეოადიუვანტური / კომბინირებული / ადიუვანტური ADT .
- მეტასტაზური ნებისმიერი T, ნებისმიერი N M1
  1. ADT.

### სხივური თერაპიის პრინციპები

- დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში ტარდება პროსტატა ± სათესლე ბუშტუკების სხივური თერაპია. (მენჯის ლიმფური კვანძების დასხივება და ADT არ ტარდება).
- საშუალო რისკის მქონე პაციენტებში სხივური თერაპია ტარდება PSA კონტროლით, ასევე შეიძლება განხილული იქნას მენჯის ლიმფური კვანძების დასხივება + 4–6 თვე ნეოადიუვანტური + თანმხლები ადიუვანტური ADT.
- მაღალი რისკის პაციენტებში სხივური თერაპია პროსტატა + ლიმფური კვანძები, დამატებით ნეოადიუვანტური + თანმხლები ადიუვანტური ADT (2–3 წელი).
- პალიატიური სხივური თერაპია ტარდება მეტასტაზური, ადგილობრივად გავრცელებული სიხლმდენი სიმსივნის დროს.

### სხივური თერაპიის დოზები

**პროსტატის სხივური თერაპიისას ტარდება პირველად 3D კონფორმული ან IMRT ტექნოლოგია, IGRT გამოიყენება თუ დოზა  $\geq 78$  გრეი.**

- დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში დოზა 75.6–79.2 გრეი ( $\pm$  სათესლე ბუშტუკები).
- საშუალო და მაღალი რისკის პაციენტებში 81 გრეიმდე. საშუალო რისკის პაციენტებში ასევე გათვალისწინებულია მენჯის სხივური თერაპია ან ADT.

### პროსტატის მკურნალობაში გამოიყენება ასევე ბრაქითერაპია

- როგორც მონოთერაპია დაბალი დოზის სიმძლავრით (LDR) ტარდება დაბალი რისკის მქონე პაციენტებში;
- საშუალო რისკის მქონე პაციენტებში ტარდება კომბინირებულად ბრაქი და დისტანციური სხივური თერაპია (40–50 გრეი)  $\pm$  4–6 თვე ნეოადიუვანტური/კომბინირებული/ადიუვანტური ADT;
- მონოთერაპიის დოზები LDR 145 გრეი იოდინ 125 და 125 გრეი პალადიუმ–103. თუ ტარდება დისტანციური სხივური თერაპია 40–50 გრეი, შემდეგ boost LDR 110 გრეი და 90–100 გრეი;
- მაღალი დოზის სიმძლავრით HDR ბრაქითერაპია გამოიყენება კომბინაციაში დისტანციურ სხივურ თერაპიასთან 40–50 გრეი, შემდეგ boost დოზები 9.5 გრეი – 11.5 გრეი 2 –ჯერ დღეში. 5.5–7.5 გრეი 3 ფრაქცია და 4–6 გრეი 4 ფრაქცია;
- LDR ან HDR ტარდება ასევე ლოკალური რეციდივის დროს დისტანციური სხივური თერაპიის შემდეგ ან როგორც მონოთერაპია. დოზები დამოკიდებულია პირველად მიღებული დისტანციური სხივური თერაპიის დოზებზე და მერყეობს 100–110 გრეი LDR და 9–12 გრეი HDR;

- პროსტატექტომიის შემდეგ ადიუვანტიური სხივური თერაპია ტარდება თუ არის: pT3, დადებითი კიდეები, Gs 8-10, სათესლე ბუშტუკების დაზიანება. დოზები 64–68 გრეი. დასასხივებელი არე მოიცავს სარეცელს, მენჯის ლიმფურ კვანძებს(არა ყოველთვის); პალიატიური სხივური თერაპია 8 გრეი 1 ფრაქცია, 30 გრეი 10 ფრაქცია თუ არ არის ხერხემლის მეტასტაზი.
- ადიუვანტიური სხივური თერაპიისას 64–66 გრეი სიმსივნის სარეცელზე. მენჯის დასხივებისას 45–50 გრეი, დღიური დოზა 1.8–2 გრეი.
- შემანარჩუნებელი სხივური თერაპიისას 68–70 გრეი პროსტატის სარეცელზე. მენჯის დასხივებისას 45–50 გრეი, დღიური დოზა 1.8–2 გრეი.
- ალტერნატიული – ლიმფური კვანძების პროფილაქტიკური დოზა 45 გრეი. დღიური დოზა 1.8–2 გრეი. დაზიანებულ ლიმფურ კვანძებზე 54–56 გრეი IMRT, მეორე ფაზის დროს ხდება ველის შემცირება და ემატება boost პროსტატაზე 74–78 გრეიმდე. დღიური დოზა 1.8–2 გრეი.
- ალტერნატიული – მხოლოდ პროსტატის და სათესლე ბუშტუკების დასხივებისას პირველ ფაზაში პროსტატა+სათესლე ბუშტუკები 56 გრეი 28 ფრაქცია. მეორე ფაზა მხოლოდ პროსტატაზე boost 18 გრეი/ 9 ფრაქცია.
- როდესაც სხივდება პროსტატა +სათესლე ბუშტუკები+მენჯის ლიმფური კვანძების პირველ ფაზაში 46 გრეი 23 ფრაქცია. დღიური დოზა 2 გრეი. მეორე ფაზაში ემატება boost 10 გრეი, 5 ფრაქცია მხოლოდ პროსტატაზე და სათესლე ბუშტუკებზე. მესამე ფაზაში ემატება boost მხოლოდ პროსტატაზე 18 გრეი, 9 ფრაქცია.
- პროსტატის სარეცელზე 66 გრეი, 33 ფრაქცია.
- პალიატიური სხივური თერაპია 30 გრეი, 10 ფრაქცია, დღიური დოზა 3 გრეი ან ალტერნატიული 36 გრეი, დღიური დოზა 6 გრეი.

( 2012),Clinical Practice Guidelines in Oncology(NCCN Guidelines).prostate cancer

J. J. Lu , L. W. Brady (Eds.),(2008 ), Radiation Oncology, An Evidence-Based Approach.

**გართულებები:**

- ჰემატურია;
- დიზურია;
- ირიტაციული ურინალური სიმპტომი;
- პროქტიტი;
- დიარეა;
- გულისრევა;
- ლებინება;
- საერთო სისუსტე;
- ცისტეტი;
- ერექციული დისფუნქცია;
- სწორი ნაწლავის დაწყლულება და სისხლდენა;
- ნაწლავების პერისტალტიკის გაძლიერება.

J. J. Lu , L. W. Brady (Eds.),(2008 ), Radiation Oncology, An Evidence-Based Approach.

გართულებების მკურნალობა: სიმპტომური.

### კონტროლი

1. ანამნეზი და ფიზიკალური კვლევები.
2. PSA განსაზღვრა.
3. დიგიტალური რექტალური გამოკვლევა.
4. მუცლის ღრუს ულტრაბგერა ჩვენების მიხედვით.
5. მცირე მენჯის ულტრაბგერა და ან მრტ ჩვენების მიხედვით.
6. PSA. რექტალური კვლევა ტარდება 6–12 თვეში 5 წლის განმავლობაში. შემდგომ ჩვენების მიხედვით.

იხ. „პროსტატის კიბოს მართვის პროტოკოლის“ მეთვალყურეობა.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

1. რადიკალური, რომელიც მოწოდებულია განკურნებისათვის.
2. პალიატიური–სიმსივნის ზომის დაპატარავებისა და სიმპტომების შესამსუბუქებლად (ტკივილის, ზეწოლის მოხსნა, სისხლდენის შეჩერება, ა. შ.).

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

1. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში სხივური თერაპიის ჩატარების ჩვენება რამდენად შეესაბამება პროტოკოლში მითითებულ რეკომენდაციებს.
2. შესრულდა თუ არა CT ან X-ray დაგეგმარება კონკრეტული ლოკალიზაციის შესაბამისი სტანდარტის მიხედვით.
3. განხორციელდა თუ არა სამგანზომილებიანი ან 2D+ დაგეგმარება იზოდოზების განაწილება (სამიზნე მოცულობების დაფარვა და „კრიტიკული ორგანოების“ ტოლერანტული ზღვრები) ICRU- 50; 60; 61 –ის სტანდარტის შესაბამისად.
4. ხორციელდება თუ არა რადიოთერაპიის მიმდინარე სეანსები დამტკიცებული გეგმის შესაბამისად.
5. პაციენტის მეთვალყურეობა დინამიკაში მიმდინარეობს თუ არა პროტოკოლში მითითებული სტანდარტის შესაბამისად.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

საჭიროა პროტოკოლის გადახედვა და განახლება 2 წელიწადში ერთხელ.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

### დანართი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
რადიაციული ონკოლოგი	კლინიკური შეფასება, მკურნალობის სქემის შემუშავება, კტ გამოსახულებებზე სამიზნე მოცულობებისა და კრიტიკული ორგანოების კონტურირება, პაციენტის მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო



სამედიცინო ფიზიკოსი	სამკურნალო გეგმის შემუშავება, ანალიზი (სამიზნე მოცულობის დაფარვისა და კრიტიკული ორგანოების დაცვის შეფასება).	სავალდებულო
რადიაციული თერაპიის ტექნიკოსი	სამკურნალო აპარატის ტექნიკური მომსახურება პაციენტის მკურნალობის დროს: პაციენტის იმობილიზაცია, სამკურნალო პოზიციის ვერიფიცირება დაგეგმარებულთან მიმართებაში, მკურნალობის პროცედურის წარმართვა.	სავალდებულო
ექთანი	სათანადო მანიპულაციების წარმოება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა		სავალდებულო
კომპიუტერული ტომოგრაფი სიმულაციის ფუნქციით ან X-ray სიმულატორი		სავალდებულო
პაციენტის პოზიციონირებისა და იმობილიზაციის სრული პაკეტი		სავალდებულო
3D ან 2D+ დაგეგმარების სისტემა		სავალდებულო
ხაზოვანი ამაჩქარებელი ან კობალტის აპარატი (იზოტოპის აქტივობის სერტიფიკატის გათვალისწინებით)		სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	დინამიკაში პაციენტის მდგომარეობის შესაფასებლად	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	დიაგნოზის დაზუსტება, სწორი ტაქტიკის შერჩევა	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. პროტოკოლის ავტორები

- **დარეჯან ლომიძე** – ასოცირებული პროფესორი, რადიაციული ონკოლოგი, შ.პ.ს. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკის რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, "რადიაციულ ონკოლოგთა ეროვნული ასოციაციის" თავმჯდომარე;
- **ქეთევან ბაქანიძე** - რადიაციული ონკოლოგი, შ.პ.ს. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკის რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტი;
- **ნატალია ჯანყარაშვილი** - რადიაციული ონკოლოგი, შ.პ.ს. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკის რადიაციული ონკოლოგიის დეპარტამენტი.