

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 10 ივნისის N4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 10 დეკემბრის N01-327/ო ბრძანებით

# ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მართვა

პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	4
4. პროტოკოლის მიზანი.....	5
5. სამიზნე ჯგუფი.....	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	5
8. რეკომენდაციები.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	14
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	14
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	14
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	14
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	15
14. პროტოკოლის ავტორები .....	15

## დანართები და ცხრილები

დანართი N1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	14
ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატური კვლევები .....	6
ცხრილი N2. ქიმიოთერაპიის პრინციპები.....	8
ცხრილი N3. ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით .....	12

# 1. პროტოკოლის დასახელება: ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ბრონქებისა და ფილტვის ავთვისებიანი სიმსივნე	C34
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
<b>ა) დიაგნოსტიკური ჩარევის დასახელება</b>	
გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	GDDA1A
გულმკერდის ღრუს ორგანოების კტ გამოკვლევა	GDDD1A
ბრონქოსკოპია დრეკადი ბრონქოსკოპით და ბიოფსია	GCE015
სხვა ბრონქოსკოპიული პროცედურები ბრონქებზე (ნახველის ან ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება)	GCSA98
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
ფილტვის ბიოფსია დიაგნოსტიკური ნემსით ციტოლოგიური კვლევისთვის	GDXX10
პლევრის ბიოფსია	GASC00
თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
თორაკოსკოპია	GASA31
მედიასტინოსკოპია ან მედიასტინოტომია	GESA00
წინა- ან უკანა-გვერდითი თორაკოტომია	GASB10
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
გულის ულტრასონოგრაფია	FXDE1A
სპირომეტრია	GXF410
<b>ბ) სამკურნალო ჩარევის დასახელება (ქირურგიული მკურნალობა)</b>	
ფილტვის კონუსებური რეზექცია	GDSB10
ფილტვის სეგმენტის რეზექცია	GDSB20
ფილტვის ლობექტომია	GDSC00
ფილტვის ბილობექტომია	GDSC10
პნევმონექტომია (ფილტვის ამოკვეთა)	GDSD00
ფილტვის ლობექტომია და სხვა ტიპის რეზექცია	GDSC26
ფილტვის ლობექტომია და ბრონქის ცირკულარული რეზექცია	GDSC20
ფილტვის სხვა ტიპის ლობექტომია	GDSC96
სხვა ოპერაცია ფილტვზე (ანგიობრონქოპლასტიკური ოპერაცია, კომბინირებული ბილობექტომია)	GDSW96
პნევმონექტომია	GDSD20
პნევმოექტომია და ბრონქის ან ბრონქის და ტრაქეის ერთობლივი რეზექცია	GDSD26
პნევმოექტომია სხვა მეთოდით	GDSD96
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
კოაგულოგრამა	CG.7
ნატრიუმის, კალიუმის, კალციუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.1 BL.14.2 BL.15.1
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.1
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.3
თიმოლის სინჯის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.2.6
ABO სისტემის განსაზღვრა (A1, A2, A3, B)	IM.10.1.1
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
მასალის მიმოხილვითი ჰისტოლოგიური გამოკვლევები	PM1.1
იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევები	PM.3

## PET/CT

1. დიაგნოსტიკა: 8 მმ-ზე მეტი სოლიდური არა-კალციფიცირებული დაუდგენელი (ფილტვის კიბოზე საექვო) კვანძი - შესაძლებელია PET/CT-ის განხილვა.  
დადებითი PET შედეგი შეიძლება გამოწვეული იყოს ინფექციით ან ანთებით, მათ შორის ფილტვის კიბოს არ არსებობის შემთხვევაში, ლოკალიზებული ინფექციით, ფილტვის კიბოს შემთხვევაში კი ასოცირებული ინფექციით და ფილტვის კიბოსთან დაკავშირებული ანთებით (კვანძოვანი, პარენქიმული, პლევრული).  
PET ცრუ-უარყოფითი შედეგი შეიძლება გამოწვეული იყოს მცირე ზომის კვანძით, დაბალი უჯრედული სიმკვრივით (არასოლიდური კვანძი ან ground glass opacity GGO; რადიოლოგიაში GGO არის CT-ზე ნანახი არასპეციფიური ნიშანი, რომელიც მიუთითებს სასუნთქი გზების ნაწილობრივ ამოვსებაზე ტრანსლუდატით ან ექსლუდატით, ასევე, ინტესტიციულ გასქელებაზე ან ფილტვის ალვეოლის ნაწილობრივ კოლაფსზე), სიმსივნეში FGD დაბალი ჩართულობით/აქტივობით (მაგ., ადენოკარცინომა in situ, ადრე ცნობილი, როგორც ბრონქოალვეოლური კარცინომა, კარცინოიდული სიმსივნე).  
PET/CT-ით ფილტვის კიბოზე ექვის შემთხვევაში, ნებისმიერი არაქირურგიული მკურნალობის დაწყებამდე საჭიროა მორფოლოგიური ვერიფიკაციის მიღწევა.
2. საწყისი სტადირება: NCCN-ის მიხედვით, PET ან PET/CT-ის გამოყენება შესაძლებელია არაწვრილუჯრედოვანი ფილტვის კიბოს ყველა სტადიის დაზუსტებისთვის. თუმცა, NCCN კომისია აფრთხილებს, რომ დადებითი PET აღმოჩენები საჭიროებს მორფოლოგიურ ან სხვა რადიოლოგიურ ვერიფიკაციას და თუ PET დადებითია შუასაყარში, ლიმფური კვანძები საჭიროებს მორფოლოგიურ ვერიფიკაციას.
3. ინდუქციური თერაპიის შემდეგ რესტადირება რთულია, მაგრამ CT+/-PET შეიძლება გამოიყენოს დაავადების პროგრესირების ან მეტასტაზური დაავადების შუალედური განვითარების გამოსარიცხად.
4. PET არ არის რეკომენდებული NSCLC პაციენტების რუტინული კვლევისთვის იმ შემთხვევაში, თუ გამოვლინდა დაავადების კლინიკური ნიშნები.
5. რადიაციული მკურნალობის დაგეგმარებისას უნდა გამოიყენოს PET/CT ინტრავენური კონტრასტირებით. PET/CT მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს დამიზნების სიზუსტეს, განსაკუთრებით ძლიერი ატელექტაზის მქონე პაციენტებში ან იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომელთათვისაც ინტრავენური კონტრასტი უკუნაჩვენებია.

## **3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია**

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგ გაიდლაინებზე დაყრდნობით:

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Non-Small Cell Lung Cancer. Version 2.2013.  
[www.nccn.org](http://www.nccn.org);

ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Small-cell lung cancer:  
[www.esmo.org](http://www.esmo.org);

*\*ამჟამად გამოსულია NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. NSCL Cancer. Version 2.2014.  
[www.nccn.org](http://www.nccn.org), თუმცა, პრინციპული ცვლილებები რეკომენდაციებში 2013 წელთან შედარებით არ შესულა.*

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლი მიმართულია ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს დიაგნოსტიკის, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის, ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის პრობლემების გადასწყვეტად. პროტოკოლის შემუშავების მიზანია ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, რომლის მისაღწევად გადასაჭრელია შემდეგი ამოცანები:

- მკაფიოდ განისაზღვროს დიაგნოსტიკური ალგორითმი, რომელიც მიმართულია ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს პირველადი დიაგნოსტიკის, ადგილობრივი, რეგიონული და შორეული გავრცელების საზღვრების დასადგენად.
- დადგინდეს პროცესის კურაბელობის საკითხი შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორული კვლევების საფუძველზე.
- განისაზღვროს ოპერაციის მოცულობა, პროცესის ჰისტოლოგიური ტიპისა და სტადიის გათვალისწინებით.
- განისაზღვროს კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის საჭიროება, მეთოდები და რეჟიმები.
- ინოვარაბელობის შემთხვევაში, რეკომენდებული იქნეს ქიმიოთერაპიის სქემები, პრეპარატის დოზები და შეყვანის რეჟიმები.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მქონე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტი.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლის გამოყენების სფეროს წარმოადგენს ონკოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება, რომელიც ფლობს პროტოკოლით გათვალისწინებულ, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის საჭირო, ადამიანურ და მატერიალურ-ტექნიკურ რესურსებს.

პროტოკოლი განკუთვნილია ექიმებისთვის, რომლებიც ფლობენ სახელმწიფო სერტიფიკატს სპეციალობით: ონკოლოგია/კლინიკური ონკოლოგია, ქირურგიული ონკოლოგია/ ონკოქირურგია, რადიაციული თერაპია.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სათანდო უფლების მქონე ონკოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### დაავადების განმარტება

ფილტვის კიბო ბრონქებისა და უფრო წვრილი კალიბრის სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსებიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეა.

## კლინიკა

ფილტვის კიბოს კლინიკურ სიმპტომატიკას განსაზღვრავს სიმსივნის ლოკალიზაცია, ზრდის ფორმა და გავრცელების ხარისხი.

სიმსივნის ზრდის კლინიკო-ანატომიური ფორმის მიხედვით ფილტვის კიბო შეიძლება იყოს ცენტრალური (ეგზობრონქული, ენდობრონქული და პერიბრონქული) და პერიფერიული (კვანძოვანი, პნევმონიისებრი, მწვერვალის კიბო).

ფილტვის ცენტრალური კიბო ვლინდება ბრონქის გამავლობის დარღვევის სიმპტომებით (ნახველის გამოყოფის შეწყვეტა და ატელექტაზი) ან პათოლოგიური გამონადენის (ლორწო, ჩირქი, სისხლი) არსებობით. ბრონქის სადრენაჟო ფუნქციის დარღვევას მოჰყვება ტემპერატურის მომატება, სუნთქვის უკმარისობა ჩნდება მოგვიანებით ანთების, შეშუპებისა და კომპრესიის გამო. ტკივილი ვლინდება პლევრასა და გულმკერდის კედელში სიმსივნის ჩაზრდისას. ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნებია: სისუსტე, ადვილად დაღლა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

ფილტვის პერიფერიული კიბო ძირითადად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და ირგვლივმდებარე ქსოვილებში ჩაზრდის შემდეგ გამოვლინდება. მისი ერთ-ერთი სახეა ფილტვის მწვერვალის (პენკოსტას) კიბო, რომელსაც თან ახლავს სათანადო სიმპტომოკომპლექსი.

ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით არსებობს ფილტვის კიბოს 10-მდე სახეობა, მაგრამ განსხვავებული კლინიკური მიმდინარეობის, მკურნალობის თავისებურებებისა და პროგნოზის გამო, კლინიკისტები ფილტვის კიბოს პირობითად ყოფენ ორ ძირითად ჯგუფად: ფილტვის წვრილუჯრედოვან და არაწვრილუჯრედოვან კიბოდ (ბრტყელუჯრედოვანი, ჯირკვლოვანი, მსხვილუჯრედოვანი). ფილტვის კიბოს დროს ხშირია პარანეოპლაზიური სინდრომები.

## დიაგნოსტიკა

ფილტვის კიბოს დიაგნოსტიკა მიზნად ისახავს შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტას:

1. ფილტვის კიბოს დიაგნოზის დასმას.
2. სიმსივნის ფორმის, ზომის, ლოკალიზაციისა და ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ურთიერთობის განსაზღვრას.
3. სიმსივნის რეგიონული და შორეული მეტასტაზების დიაგნოსტიკას.

## ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატური კვლევები

აუცილებელი გამოკვლევები	ფაკულტატური გამოკვლევები	აუცილებელი ლაბორატორიული გამოკვლევები	დიაგნოსტიკური ოპერაცია
ფილტვის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში	ტრანს-თორაკალური პუნქციური ბიოფსია	სისხლის საერთო ანალიზი	ტრანსთორაკალური პუნქციური ბიოფსია
გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია	პლევრის ღრუს პუნქცია (პლევრიტის შემთხვევაში)	შარდის ანალიზი	თორაკოსკოპია
ტრაქეო-ბრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად	ძვლების რენტგენოგრაფია	სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები	მედიასტინოსკოპია
ნახველის და/ან ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება, ციტოლოგიური გამოკვლევა	საყლაპავის რენტგენოგრაფია	ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები	თორაკოტომია

გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა	მუცის ღრუს, თავის ტვინის კომპიუტერული (მაგნიტურ-რეზონანსული) ტომოგრაფია	გენეტიკური კვლევები: EGFR მუტაციისა და ALK გენეტიკური გადაწყობის განსაზღვრა.	პარასტერნული მედიასტინოტომია
მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.	მეტასტაზების რადიონუკლიდური დიაგნოსტიკა;		

## მკურნალობა

ფილტვის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, სხივური, მედიკამენტური, კომბინირებული ან კომპლექსურია. მკურნალობის მეთოდის განსაზღვრა დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებასა და დაავადების სტადიაზე.

## ქირურგიული მკურნალობა

ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს ქირურგიული მკურნალობა მოიცავს შემდეგი სახის ოპერაციებს:

- სოლისებრი რეზექცია;
  - სეგმენტექტომია;
  - ლობექტომია;
  - ბილობექტომია;
  - პნევმონექტომია;
  - კომბინირებული ოპერაციები.
- სოლისებრი რეზექცია და სეგმენტექტომია მისაღებია დაავადების მხოლოდ საწყის სტადიაზე, ლობექტომიის უკუჩვენების შემთხვევაში.
- ლობექტომია ფილტვის I-II სტადიის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობის სტანდარტია. ლობექტომია ტარდება სეგმენტური ბრონქის დაზიანების, სიმსივნის ენდობრონქული ზრდის ან პერიფერიული კიბოს შემთხვევაში, როცა დადგენილია T1-2N0M0 სტადიის კიბო. ასეთ დროს ხშირად მიმართავენ ბრონქოპლასტიკას.
- ზედა ან ქვედა ბილობექტომია (მარჯვენა ფილტვზე) ან პნევმონექტომია (მარცხენა ფილტვზე) შეიძლება განხორციელდეს, თუ სიმსივნე ფილტვის წილების საზღვარზეა.
- პნევმონექტომია კეთდება ცენტრალური ლოკალიზაციის ენდობრონქული კიბოსა და მეზობელ წილზე ან სეგმენტზე გადასული პერიფერიული კიბოს დროს (ბრონქოპულმონური ან ტრაქეობრონქული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში), ან მეზობელ წილზე ლიმფანგიომის არსებობისას.
- ფილტვის კიბოს დროს პნევმონექტომიის ნაცვლად ზოგჯერ კეთდება გაფართოებული ან ბრონქოპლასტიკური ლობექტომია (მაგ., დაბალი სუნთქვითი მაჩვენებლების გამო).
- კომბინირებული ლობ-, ბილობ-, პნევმონექტომია გულმკერდის კედლის, დიაფრაგმის, პერიკარდიუმის, წინაგულის, ტრაქეის ბიფურკაციის რეზექციასთან ერთად (კიდიითი, სოლისებრი, ცირკულარული), გაფართოებული პნევმონექტომია, ანგიო-ბრონქოპლასტიკური ოპერაციები, სადიაგნოსტიკო თორაკოტომია ბიოფსიითურთ კეთდება ადგილობრივად გავრცელებული მაღალდიფერენცირებული T3N0-2M0 კიბოს დროს. დაბალდიფერენცირებული და არადიფერენცირებული კიბოს შემთხვევაში არ არის გამართლებული გაფართოებული პნევმონექტომია. ასევე, არადაამაკმაყოფილებელი

შორეული შედეგი მიიღება T4, T3 და N3 გავრცელების სიმსივნეების ოპერაციული მკურნალობისას.

**რადიაციული (სხივური) თერაპია**

- მკურნალობის რადიოთერაპიული კომპონენტი უნდა განხორციელდეს შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით.

**ქიმიოთერაპია**

ადიუვანტური ქიმიოთერაპია რეკომენდებულია სრულად რეზეცირებული II-III სტადიის ადრეული და ლოკალურად გავრცელებული ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს დროს.

მკურნალობის კომბინირებული ქიმიო-სხივური მეთოდი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს შორეულ შედეგებს:

არარადიკალური და სადიაგნოსტიკო ოპერაციების შემდეგ ინიშნება ქიმიო-სხივური მკურნალობა.

ბრტყელუჯრედოვანი კიბოს დროს ჩატარებული ქიმიო-სხივური თერაპია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ქირურგიული მკურნალობის შორეულ შედეგებს.

ფილტვის გავრცელებული ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი კიბოს დროს, როცა სუბტოტალური მეტასტაზების გამორიცხვა შეუძლებელია, რაციონალურია ქიმიო-სხივური მკურნალობის ჩატარება.

ფილტვის გავრცელებული ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი კიბოს დროს, როცა მეტასტაზების გამორიცხვა შეუძლებელია, რაციონალურია ქიმიო-სხივური მკურნალობის ჩატარება.

**ცხრილი N2. ქიმიოთერაპიის პრინციპები**

ადიუვანტური ქიმიოთერაპიული სქემები (II-III სტადია)					
1	ცისპლატინი	50მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4 ციკლი
	ვინორელბინი	25მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22 დღე		
2	ცისპლატინი	100მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4 ციკლი
	ვინორელბინი	30მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22 დღე		
3	ცისპლატინი	75-80მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4 ციკლი
	ვინორელბინი	25-30მგ/მ <sup>2</sup>	1+8 დღე		
4	ცისპლატინი	100 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4 ციკლი
	ეტოპოზიდი	100 მგ/მ <sup>2</sup>	1-3 დღე		
5	ცისპლატინი	80 მგ/მ <sup>2</sup>	1/22/43/64 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4 ციკლი
	ვინბლასტინი	4 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22 დღე		
				43 დღიდან	ყოველ 2 კვირაში
6	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	გემციტაბინი	1250 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე		
7	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	



	დოცეტაქსელი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
8	პემეტრექსედი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4 ციკლი
	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
1	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup>	1	ინტერვალი 21 დღე	4 ციკლი
	კარბოპლატინი	AUC 6	1		
<b>ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიული სქემები (III A, N1 სტადია)</b>					
1	ცისპლატინი	50მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე	ინტერვალი 28 დღე	3 ციკლი
	ვინორელბინი	25მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22 დღე		
2	ცისპლატინი	100მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	3 ციკლი
	ვინორელბინი	30მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22 დღე		
3	ცისპლატინი	75-80მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	ვინორელბინი	25-30მგ/მ <sup>2</sup>	1+8 დღე		
4	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	გემციტაბინი	1250 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე		
5	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	დოცეტაქსელი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
6	პემეტრექსედი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
7	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup>	1	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	კარბოპლატინი	AUC 6	1		
8	ცისპლატინი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/29/36 დღე		1 ციკლი
	ეტოპოზიდი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1-5, 29-33 დღე		
9	პაკლიტაქსელი	45-50 მგ/მ <sup>2</sup>	კვირაში 1 ჯერ	ინტერვალი 21 დღე	3 ციკლი
	კარბოპლატინი	AUC 2	კვირაში 1 ჯერ		
	+				
	სხივური თერაპია				
					
	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup>			
	კარბოპლატინი	AUC 6			
<b>სხივურ თერაპიასთან კომბინაციაში გამოყენებადი ქიმიოთერაპიული სქემები (III სტადია)</b>					
<b>ინდუქციური ქიმიო/სხივური თერაპია (პარალელურ რეჟიმში)</b>					
1	ცისპლატინი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/29/36 დღე		1 ციკლი
	ეტოპოზიდი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1-5, 29-33 დღე		
	+				
	სხივური თერაპია				
2	ცისპლატინი	100 მგ/მ <sup>2</sup>	1/29 დღე		4 ციკლი
	ვინბლასტინი	5 მგ/მ <sup>2</sup>	კვირაში 1 ჯერ		
	+				

	სხივური თერაპია					
3	პაკლიტაქსელი	45-50 მგ/მ <sup>2</sup> 1სთ ინფ.	კვირაში 1 ჯერ			
	კარბოპლატინი	AUC 2 მგ/მლ/წთ 30წთ ინფ	კვირაში 1 ჯერ			
	+					
	სხივური თერაპია					
<b>თანმიმდევრული ქიმიო/სხივური თერაპია</b>						
1	ცისპლატინი	100 მგ/მ <sup>2</sup>	1/29 დღე		1 ციკლი	
	ვინბლასტინი	5 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22/29 დღე			
	↓					
	სხივური თერაპია					
2	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup> 3სთ ინფ	1/22/29 დღე	21 დღე	2 ციკლი	
	კარბოპლატინი	AUC 6	1/22 დღე			
	↓					
	სხივური თერაპია					
<b>კონსოლიდაციური ქიმიო/სხივური თერაპია (ქიმიო/სხივური თერაპია პარალელურ რეჟიმში შემდგომი ქიმიოთერაპიით) (III B სტადია)</b>						
1	ცისპლატინი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/29/36 დღე			
	ეტოპოზიდი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1-5, 29-33 დღე			
	+					
	სხივური თერაპია					
	↓					
	ცისპლატინი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/29/36 დღე		2 ციკლი	
ეტოპოზიდი	50 მგ/მ <sup>2</sup>	1-5, 29-33 დღე				
2	პაკლიტაქსელი	45-50 მგ/მ <sup>2</sup>	კვირაში 1 ჯერ			
	კარბოპლატინი	AUC 2	კვირაში 1 ჯერ			
	+	ქიმიო/სხივური თერაპია პარალელურ რეჟიმში				
	სხივური თერაპია					
	↓	ქიმიო/სხივური თერაპიის შემდგომი ქ/თ				
	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup>			ინტერვალი 21 დღე	2 ციკლი
კარბოპლატინი	AUC 6					
<b>მეტასტაზური არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მკურნალობის ქიმიოთერაპიული სქემები</b>						
<b>I რიგის თერაპია</b>						
1	ცისპლატინი	100მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4-6 ციკლი	
	ვინორელბინი	25მგ/მ <sup>2</sup>	კვირაში 1 ჯერ			
2	ცისპლატინი	100 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4-6 ციკლი	
	გემციტაბინი	1000 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 /15 დღე			
* ბრტყელუჯრედოვანი ჰისტოლოგიის დროს						
3	ცისპლატინი	80 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი	
	გემციტაბინი	1250 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე			
4	კარბოპლატინი	AUC 5	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი	
	გემციტაბინი	1000 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე			

5	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	დოცეტაქსელი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
6	კარბოპლატინი	AUC 6	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	დოცეტაქსელი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
7	პემეტრექსედი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	ცისპლატინი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
* არა-ბრტყეულგრედოვანი ჰისტოლოგიის დროს					
8	პემეტრექსედი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	კარბოპლატინი	AUC 6	1 დღე		
<b>ტარგეტული თერაპია</b>					
9	კარბოპლატინი	AUC 6	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	პაკლიტაქსელი	200 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	ბევაციზუმაბი	15 მგ/კგ	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე
10	გემციტაბინი	1250 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	4-6 ციკლი
	ცისპლატინი	80 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	ბევაციზუმაბი	7.5 მგ/კგ	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე
11	ცისპლატინი	80მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 28 დღე	4-6 ციკლი
	ვინორელბინი	25მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე		
	ცეტუქსიმაბი	400მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	კვირაში 1 ჯერ	1 ჯერადად
		250მგ/მ <sup>2</sup>		კვირაში 1 ჯერ	პროგრესირებამდე
<b>I რიგის თერაპია EGFR მუტაციის მქონე პაციენტებში</b>					
12	გეფიტინიბი	250მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე
13	ერლოტინიბი	150მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე
<b>I რიგის თერაპია ALK + პაციენტებში</b>					
14	კროზოტინიბი	250 მგ 2- ჯერ დღეში	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე
<b>II რიგის თერაპია</b>					
1	დოცეტაქსელი	75 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
2	პემეტრექსედი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
3	ერლოტინიბი	150მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	მუდმივად	პროგრესირებამდე

ცხრილი N3. ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით

I სტ	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
T1-2N0M0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გულმკერდის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში</li> <li>• გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ტრაქეო-ბრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად</li> <li>• ნახველის და/ან ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის</li> <li>• გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა</li> <li>• მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.</li> </ul>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სოლისებრი რეზექცია</li> <li>• სეგმენტექტომია</li> <li>• ლობექტომია</li> <li>• ლობექტომია ბრონქოპლასტიკით</li> </ul> <p><i>*ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით (როგორც ცენტრალური, ისე პერიფერიული კიბოს დროს).</i></p>
II	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
II (T1-2N1M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ფილტვის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში</li> <li>• გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ტრაქეო-ბრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად</li> <li>• ნახველის და/ან ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის</li> <li>• გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა</li> <li>• მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.</li> </ul>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ლობექტომია</li> <li>• ბილობექტომია</li> <li>• ლობექტომია ბრონქის სოლისებრი რეზექციით</li> <li>• ლობექტომია ბრონქის ცირკულარული რეზექციით</li> <li>• ანგიობრონქოპლასტიკური ოპერაცია</li> <li>• კომბინირებული ლობექტომია</li> <li>• კომბინირებული ბილობექტომია</li> <li>• პნევმონექტომია</li> <li>• გაფართოებული პნევმონექტომია</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია დიაგნოსტიკური თორაკოტომიის შემდეგ განმეორებითი ოპერაცია კომბინირებული: (ოპერაციისწინა ან ოპერაციისშემდგომი სხივური თერაპიით).</li> </ul> <p><i>*არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში ტარდება ოპერაციისშემდგომი ქიმიო-სხივური მკურნალობა.</i></p> <p><i>*ჩვენების მიხედვით, შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით.</i></p> <p><i>*როცა სხივური თერაპია ვერ ტარდება ან მისი ჩვენება არ არის, ოპერაციის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ქიმიოთერაპიის 5 კურსი</i></p>

IIB , IIIA, IIIB	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
<p><b>II B (T3-N0M0, T2bN1M0)</b></p> <p><b>III A (T1-3N2M0, T3N1M0)</b></p> <p><b>IIIB (T1-3N3M0)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ფილტვის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში</li> <li>• გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ტრაქეო-ბრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად</li> <li>• ნახველის და ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის</li> <li>• გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა</li> <li>• მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.</li> <li>• შუასაყრის ლიმფური კვანძების გამოკვლევა (IIIB სტადია)</li> </ul>	<p><b>კომბინირებული:</b>  ოპერაციისწინა სხივური (ან ქიმიო-სხივური) მკურნალობა, ოპერაცია, ოპერაციის-შემდგომი სხივური (ან ქიმიო-სხივური) მკურნალობა (<i>ამ უკანასკნელი ვარიანტის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, ოპერაცია რადიკალური იყო, პირობით-რადიკალური თუ სადიაგნოსტიკო</i>).</p> <p><b>კომბინირებული მკურნალობის ქირურგიული კომპონენტი:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ლობექტომია ბრონქების პლასტიკით</li> <li>• ბილობექტომია</li> <li>• პნევმონექტომია</li> <li>• გაფართოებული პნევმონექტომია</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია გულმკერდის კედლის რეზექციით</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია დიაფრაგმის რეზექციით</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია პერიკარდის რეზექციით</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია წინაგულის რეზექციით</li> <li>• კომბინირებული პნევმონექტომია ტრაქეის ბიფურკაციის რეზექციით (ცირკულარული, კიდიოი, სოლისებრი)</li> <li>• ანგიობრონქოპლასტიკური ოპერაცია</li> <li>• განმეორებითი ოპერაცია საცდელი თორაკოტომიის შემდეგ</li> </ul> <p><i>*ოპერაციისადმი უკუჩვენების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს სხივური თერაპია რადიკალური პროგრამით ან ქიმიო-სხივური მკურნალობა.</i></p> <p><i>*როცა რადიკალური სხივური მკურნალობის ჩატარების საშუალება არ არის, შეიძლება ნაცადი იყოს პალიატიური სხივური (ან ქიმიო-სხივური) თერაპია. სათანადო ჩვენებების მიხედვით, ოპერაციის შემდეგ შესაძლებელია ჩატარდეს მხოლოდ ქიმიოთერაპია.</i></p>
<b>IV</b>	<b>ძირითადი გამოკვლევები</b>	<b>მკურნალობის ტაქტიკა</b>
<b>T1-4N0-3M1</b>	<p>ერთეული კერა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ფილტვის რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში</li> <li>• გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ტრაქეო-ბრონქოსკოპია სიმსივნის ბიოფსიასთან ერთად</li> <li>• ნახველის და ბრონქებიდან ამონარეცხი წყლების აღება ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის</li> <li>• გარეგანი სუნთქვის გამოკვლევა</li> <li>• მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფია.</li> <li>• შუასაყრის ლიმფური კვანძების გამოკვლევა (IIIB სტადია)</li> </ul>	<p><b>კონსერვატიული</b>  დაავადების სტადიის შესაბამისად ტარდება სხივური (ქიმიო-სხივური) მკურნალობა რადიკალური და პალიატიური პროგრამით</p>

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული პროექტი შესაძლებელს გახდის:

- ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის სტრატეგიის უნიფიცირებას ქვეყნის მასშტაბით მსოფლიოში არსებული სტანდარტების შესაბამისად.
- აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სქემების რაციონალური თანმიმდევრობის განსაზღვრას.
- ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგისთვის გათვალისწინებული მატერიალური, ფინანსური და ინტელექტუალური რესურსების რაციონალურ ხარჯვას.
- ექიმთა საქმიანობის ხარისხის და პასუხისმგებლობის განსაზღვრას.
- ექიმთა პროფესიული რისკებისგან დაცვას.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

პროტოკოლის მიხედვით ჩატარებული კვლევები და მკურნალობის შედეგები ასახული იქნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. მკურნალობის ეფექტურობის შეფასდება არსებული და შორეული შედეგების ანალიზის საფუძველზე. განისაზღვრება, თუ რამდენად სრულყოფილია და ინფორმატულია დიაგნოსტიკა, თუ რამდენ პაციენტს რა სახის მკურნალობა ჩაუტარდა და რამდენად ხშირია ესა თუ ის გართულება, როგორია მკურნალობის გამოსავალი და რამდენად ხშირია გამოჯანმრთელება, რეციდივის განვითარება და ლეტალური გამოსავალი.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია 2 წლის ვადაში, წყაროდ გამოყენებული გაიდლაინების განახლების შესაბამისად.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

### დანართი N1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	რესურსების გამოყენების მიზანი	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>		
ექიმი ონკოლოგი/ კლინიკური ონკოლოგი, ქირურგიული ონკოლოგი/ ონკოქირურგი, რადიაციული თერაპევტი	კლინიკური შეფასება; დიაგნოზის დადასტურება; პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა; ქირურგიული, მედიკამენტური და რადიოთერაპიული მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება; მიმდინარე მეთვალყურეობა;	
ექთანი	ექიმის დანიშნულების შესრულება, ფიზიკალური მონაცემების მონიტორინგი	
რეგისტრატორი	პაციენტების რეგისტრაცია, კონსულტაციების მენეჯმენტი, მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა;	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი;	

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება;	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და სხვ.	ჰომეოსტაზის დარღვევების დროული გამოვლენა და მათი კორექცია; რისკების შეფასება;	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა (რენტგენი, ულტრაბგერა, ეკგ და სხვ.)	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვა;	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება.	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

რესურსების ზრდისა და გაუმჯობესების პირობებში, შესაძლებელია დიაგნოსტიკური და სამკურნალო არსენალის გაფართოება.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი შემუშავებულია საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაციის წევრების მიერ:

რეზო გაგუა - მედიცინის დოქტორი, სრული პროფესორი, საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის დირექტორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი ონკოლოგიაში;

ვლადიმერ კუჭავა - მედიცინის დოქტორი, სრული პროფესორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი ონკოლოგიაში, კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტის სამედიცინო დირექტორი;

ზაზა ლომიძე - მედიცინის დოქტორი, უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის ექიმი-ონკოქირურგი

ნათია ჯოხაძე - კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ექიმი-ქიმიოთერაპევტი;

მარინა მალაკელიძე - კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე ონკოლოგიის დარგში, საქართველოს ონკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი.