

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 10 დეკემბრის N01-327/ ო ბრძანებით

თირკმლის კიბოს მართვა

პროტოკოლი

შინაარსი

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

დანართები და ცხრილები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	10
ცხრილი N1. თირკმლის კიბოს მკურნალობა სტადიების მიხედვით	8

1. პროტოკოლის დასახელება: თირკმლის კიბოს მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნე, თირკმლის მენჯის გარდა	C64
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ა) დიაგნოსტიკური ჩარევის დასახელება	
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	GDDA1A
გულმკერდის ღრუს ორგანოების კტ გამოკვლევა	GDDD1A
თირკმლის ან თირკმლის მენჯის ბიოფსია	KASB00
თავის და თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
თავის მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (MRI)	AADG1A
ურეთეროსკოპია	KDE002
ურეთეროსკოპია ბიოფსიით	KDE005
ამბულატორიული ვიზიტი (თერაპევტის კონსულტაცია)	ZZZA90
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
გულის ულტრასონოგრაფია	FXDE1A
ამოსუნთქვის მოცულობის სპირომეტრია	GXF410
ბ) სამკურნალო ჩარევის დასახელება (ქირურგიული მკურნალობა)	
ნეფრექტომია	KASC00
ნაწილობრივი ნეფრექტომია	KASD00
სხვა ნეფრექტომია (ციტორედუქტიული ნეფრექტომია)	KASC96
ნაწილობრივი ნეფრექტომია	KASD00
თრომბექტომია ქვემო ღრუ ვენიდან	PHSE30
თირკმლის ან თირკმლის მენჯის ბიოფსია	KASB
თირკმლის მენჯის კენჭის ექსტრაკორპორალური ფრაგმენტაცია	KAST
ჰემინეფრექტომია	KASD10
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
შარდის ნალექის მიკროსკოპიული გამოკვლევა	UR.3
კოაგულოგრამა	CG.7
ნატრიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.1
კალიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.2
კალციუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.15.1
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

PET გამოყენების ფასეულობა ჯერჯერობით დადგენილი არ არის. დღესდღეობით, მხოლოდ PET არ არის ის ინსტრუმენტი, რომელიც თირკმლის კიბოს დიაგნოსტიკისთვის ან ნეფრექტომიის შემდგომი მეთვავურებისთვის შეიძლება ჩაითვალოს სტანდარტულად { NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Renal Cancer. Version 3.2014, MS-3}.

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

1. NCCN. (2013). Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Renal Cancer*. Version 2.

2. ESMO. (2013) Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Renal cancer.

**ამჟამად გამოსულია NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Renal Cancer. Version 3.2014. www.nccn.org, თუმცა, პრინციპული ცვლილებები რეკომენდაციებში 2013 წელთან შედარებით არ შესულა.*

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია თირკმლის კიბოს მართვის ხარისხის გაუმჯობესება. პროექტი მიმართულია თირკმლის კიბოს დიაგნოსტიკის, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის, ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის პრობლემების გადაწყვეტისკენ. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად გადასაჭრელია შემდეგი ამოცანები:

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

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს თირკმლის 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 ექიმებისათვის, 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

თირკმლის კიბო ავთვისებიანი სიმსივნეების 2-3%-ს შეადგენს. ის მეშვიდე ადგილზეა მამაკაცთა ავთვისებიან სიმსივნეებში და მეცხრე ადგილზე - ქალთა პოპულაციაში. დაავადება ჭარბობს მამაკაცებში (2:1) და გამოვლინდება სიცოცხლის VI-VII დეკადაში (საშუალო ასაკია 60 წელი).

ჰისტოლოგიური ვარიანტები

თირკმლის კიბოს პათომორფოლოგიური ვარიანტების განსაზღვრისთვის გამოიყენება ფურმანის კლასიფიკაცია. ჰისტოპათომორფოლოგიურად თირკმელუჯრედოვანი კიბო (თუკ) იყოფა შემდეგ ტიპებად: ნათელუჯრედოვანი, პაპილური, ქრომოფობული და შემკრები სადინარების კიბო. სიმსივნეების ამ ტიპებს ახასიათებს სხვადასხვა კლინიკური მიმდინარეობა და ჩატარებული მკურნალობის მიმართ განსხვავებული მგრძობელობა.

თირკმლისთვის რეგიონული ლიმფური კვანძებია თირკმლის კარის, მუცლის პარააორტული და ღრუ ვენის ირგვლივ მდებარე ლიმფური კვანძები.

კლინიკური სურათი

თირკმლის კიბოს კლინიკური მიმდინარეობა ცვალებადი და მრავალფეროვანია. ხშირად მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და სიმსივნის ზომასა და გავრცელებაზე არ არის დამოკიდებული. თირკმლის კიბო ვლინდება ადგილობრივი, ზოგადი და მეტასტაზური დაზიანებით. ადგილობრივ სიმპტომს მიეკუთვნება პალპირებადი სიმსივნე; ჰემატურია და ტკივილი დაავადების შორსწასულობის მაჩვენებელია.

თირკმლის ქსოვილით შემოფარგლული სიმსივნეების უმრავლესობას ახასიათებს უსიმპტომო მიმდინარეობა. იგი დიდი ზომების მიღწევამდე და მეზობელ ანატომიურ სტრუქტურებში ჩაზრდამდე პალპაციით არ ისინჯება. დაავადების ხანგრძლივ უსიმპტომო მიმდინარეობას ხელს უწყობს რეტროპერიტონეული სივრცის დიდი მოცულობა და პარანეფრული ცხიმოვანი ქსოვილის არსებობა. პალპაციის დროს თირკმლის მოძრაობაში შეზღუდვა ან უმოძრაობა ერთმნიშვნელოვნად არ მიუთითებს მის ინოპერაბელობაზე.

თირკმლის კიბოს კლინიკური ნიშნები შეიძლება იყოს: ჰემატურია, წელის ან მუცლის მიდამოში ტკივილი, სათესლე ბაგირაკის ვენების გაგანიერება - ვარიკოცელე, ქვემო ღრუ ვენის ზეწოლის სინდრომი, სხვადასხვა პარანეოპლაზიური სინდრომი. პარანეოპლაზიური სინდრომის არსებობა პროგნოზზე გავლენას არ ახდენს, მაგრამ ნეფრექტომიის შემდეგ მისი შენარჩუნება სიმსივნის აღმოუჩენელ, ფარულ დისემინაციაზე მიუთითებს და ცუდი პროგნოზის მაუწყებელია.

თირკმლის კიბოს კლინიკურ სურათში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს მეტასტაზებით განპირობებულ სიმპტომებს, რაც დამოკიდებულია მეტასტაზის ლოკალიზაციასა და ზომაზე.

დიაგნოზი

თირკმლის კიბოზე ეჭვის შემთხვევაში სასურველია კვლევა დაიწყოთ კომპიუტერული ტომოგრაფიით, რომლითაც კარგად ვლინდება სიმსივნის კაფსულაში ჩაზრდა, მაგრამ შესაძლოა ვერ მოხერხდეს ლიმფურ კვანძებში მცირე ზომის მეტასტაზების გარჩევა.

ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევით შესაძლებელია, კომპიუტერულ ტომოგრაფიასთან შედარებით, უფრო მკაფიოდ გაირჩეს სიმსივნური თრომბის გავრცელება თირკმლის ვენებსა და ქვემო ღრუ ვენაში.

ძვლების სცინტიგრაფია ნაჩვენებია ტკივილების ან ტუტე ფოსფატაზის აქტივობის მომატების შემთხვევაში. თუ სახეზეა ნევროლოგიური სიმპტომები, ინიშნება თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია.

პერკუტანულ-ასპირაციულ ბიოფსიას შეუძლია გამოიწვიოს თირკმლის სიმსივნის მოთესვა ნემსის ჩხვლეტის არხში. ამავე დროს, დაავადების გამოვლინების სიხშირე არ აღემატება 60-70%-ს, ამიტომ მისი ჩატარების ჩვენება შეზღუდულია და მიმართავენ იმ პაციენტებში, რომელთა ზოგადი მდგომარეობა და თანმხლები დაავადებები არ იძლევა ანგიოგრაფიული ან ქირურგიული ჩარევის შესაძლებლობა და/ან დგას დაავადების ვერიფიკაციის აუცილებლობა.

ღია ბიოფსია ან ნეფრექტომია შესაძლოა საჭირო გახდეს სხვა კვლევების არაინფორმაციულობის შემთხვევაში.

მკურნალობა

ქირურგიული მკურნალობა

ავადმყოფთა გარკვეულ ჯგუფში შესაძლოა ნაჩვენები იყოს თირკმლის შემანარჩუნებელი ოპერაცია, მაგალითად:

- პირველადად მრავლობითი სიმსივნე;
- ერთადერთი თირკმელი;
- თირკმლის უკმარისობა;
- პატარა ზომის (4სმ-მდე) უნილატერული სიმსივნე, რომლის დროს რეგიონული ლიმფოდისექცია სავალდებულოა;

თირკმელზედა ჯირკვლის შენაჩუნება შესაძლებელია, როდესაც იგი არაა სიმსივნეში ჩართული და სიმსივნე არა არის მაღალი რისკის;

- როდესაც ღრუ ვენა არის ჩართული სიმსივნეში ან მის სანათურში სიმსივნური თრომბია, საჭიროა ქირურგიის სპეციალური გუნდი;
- პაციენტებისთვის, რომლებიც არ საჭიროენ ქირურგიულ ოპერაციას, რეკომენდებულია დაკვირვება ან მკურნალობა აბლაციური ტექნიკის გამოყენებით;

ლაპაროსკოპული ნეფრექტომია განეკუთვნება სტანდარტულ ოპერაციათა (1-2 კატეგორიის) რიგს, ღია ოპერაციასთან შედარებით ნაკლებად ტრავმულია და ხორციელდება ყველა ონკოლოგიური პრინციპის დაცვით, რაც დადგენილია ნეფრექტომიების ღია წესით განსახორციელებლად.

თირკმლის ლაპაროსკოპული რეზექცია შესაძლოა გახდეს თირკმლის ღია რეზექციის ალტერნატივა ავადმყოფთა გარკვეულ ჯგუფში. ამ ოპერაციის ოპტიმალური ჩვენებაა თირკმლის პერიფერიაზე შედარებით მცირე ზომის სიმსივნეები.

მკურნალობის მინიმალურად ინვაზიური მეთოდებია: რადიოსიხშირული აბლაცია, კრიოაბლაცია, მაღალინტენსიური ფოკუსირებული ულტრაბგერითი აბლაცია და მიკროტალღური აბლაცია. ამ მეთოდებს მიიჩნევენ ქირურგიული ჩარევის შესაძლო ალტერნატივად.

ანგიოგრაფიული ტექნიკის გამოყენებით თირკმლის არტერიის წინასაოპერაციო ოკლუზიის ეფექტურობა არ არის დამტკიცებული და იშვიათად გამოიყენება. რადიკალური ნეფრექტომიის შემდეგ არ არის დადგენილი ადიუვანტური - ქიმიო-, სხივური და იმუნოთერაპიის ეფექტურობა.

მედიკამენტური მკურნალობა

პრაქტიკაში ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში გამოიყენებოდა ჰორმონული პრეპარატები (პროგესტერონი, ანტიესტროგენები). თირკმლის მეტასტაზების სამკურნალოდ გამოიყენება პროგესტინები - მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი და მეგასტროლ აცეტატი.

ქიმიოთერაპია

ციტოტოქსიკური აგენტები იშვიათად იწვევს რემისიას და არ ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობის ალბათობას. ზოგიერთი პრეპარატი, მათ შორის ფლუოროურაცილი და ვინბლასტინი 15-20 %-ში იწვევს ნაწილობრივ რემისიას.

იმუნოთერაპია (ციტოკინები): მკურნალობა ინტერლეიკინ-2-ის მაღალი დოზებით. μ -ინტერფერონისა და ინტერლეიკინ-2-ის გამოყენება 25-30%-ში იძლევა შედეგს (განსაკუთრებით, ინტრათორაკალური მეტასტაზების შემთხვევაში).

ანგიოგენეზის ინჰიბიტორები. ნათელუჯრედოვანი სიმსივნეების შემთხვევაში გამოიყენება სისხლძარღვთა ეპითელური ზრდის ფაქტორების მიმართ მოქმედი და თიროზინკინაზის ინჰიბიტორები - სუნიტიბინი, სორაფენიბი, ტემსიროლიმუსი და ბევაკიზუმაბი. ეს მედიკამენტები გამოიყენება თირკმლის კიბოს როგორც პირველადი, ისე მეორეული მკურნალობისთვის და კომბინაციაში ციტოკინებთან.

მონიტორინგი

ოპტიმალური მონიტორინგისა და ვადების შესახებ ერთიანი რეკომენდაციები არ არის მოწოდებული. არსებული პროგნოზული ფაქტორების გათვალისწინებით ავადმყოფები შეიძლება დაიყოს დაბალი, საშუალო და მაღალი პროგრესირების რისკის ჯგუფებად, რაც მხედველობაში უნდა მიიღოს მეთვალყურეობის ტაქტიკის არჩევის დროს.

დარჩენილი თირკმლის გამოკვლევისა და ლოკალური რეციდივის ადრეული გამოვლენისთვის ყოველწლიურად ტარდება კომპიუტერული ტომოგრაფია. გამოკითხვა, ფიზიკალური კვლევა, შარდისა და სისხლის საერთო ანალიზი, ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციური სინჯები, გულმკერდის რენტგენოგრაფია და ექსკოპია უნდა ჩატარდეს ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ 2 წელი, შემდეგ წლებში - ერთხელ. განმეორებითი ნეფროტომოგრაფია, სკანირება და ინვაზიური კვლევები არ არის საჭირო მანამ, სანამ ზემოაღნიშნული გამოკვლევით არ იქნება ნანახი რაიმე გადახრა.

რადიაციული (სხივური) თერაპია

- მკურნალობის რადიოთერაპიული კომპონენტი უნდა განხორციელდეს შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით.

ცხრილი N1. თირკმლის კიბოს მკურნალობა სტადიების მიხედვით

I სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა		
IA st	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა • ფორმიანი ელემენტები - სისხლის საერთო ანალიზი, • მეტაბოლური პანელი, ლდჰ • შარდის ანალიზი • ექოსკოპია • მუცლის/მენჯის კტ ან მრტ კონტრასტირებით ან მის გარეშე • გულმკერდის რენტგენოგრაფია 	<ul style="list-style-type: none"> • პარციალური ნეფრექტომია ან • რადიკალური ნეფრექტომია ან • აქტიური მეთვალყურეობა შერჩევით პაციენტებში ან • თერმული აბლაცია არაქირურგიულ პაციენტებში 		
IB st	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა • ფორმიანი ელემენტები - სისხლის საერთო ანალიზი, • მეტაბოლური პანელი, ლდჰ • შარდის ანალიზი • ექოსკოპია • მუცლის/მენჯის კტ ან მრტ კონტრასტირებით ან მის გარეშე • გულმკერდის რენტგენოგრაფია 	<ul style="list-style-type: none"> • პარციალური ნეფრექტომია ან • რადიკალური ნეფრექტომია 		
II-III სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა		
II-III st	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა • ფორმიანი ელემენტები - სისხლის საერთო ანალიზი, • მეტაბოლური პანელი, ლდჰ • შარდის ანალიზი • ექოსკოპია • მუცლის/მენჯის კტ ან მრტ კონტრასტირებით ან მის გარეშე • გულმკერდის რენტგენოგრაფია • ძვლების სკანირება კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში • თავის ტვინის მრტ კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში • როდესაც საეჭვოა უროთელური კარცინომა, გასათვალისწინებელია შარდის ციტოლოგია, ურეთეროსკოპია • ბიოფსია კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში 	რადიკალური ნეფრექტომია		
IV სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა		
IV st	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა • ფორმიანი ელემენტები- სისხლის საერთო ანალიზი, • მეტაბოლური პანელი, ლდჰ • შარდის ანალიზი • ექოსკოპია • მუცლის/მენჯის კტ ან მრტ 	<table border="0"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ქირურგიულად რეზექტაბელური სოლიტარული მეტასტაზი • ქირურგიულად რეზექტაბელური პირველადი </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ნეფრექტომია + ქირურგიული მეტასტაზექტომია • ციტორედუქციული ნეფრექტომია სელექტიურ პაციენტებში </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • ქირურგიულად რეზექტაბელური სოლიტარული მეტასტაზი • ქირურგიულად რეზექტაბელური პირველადი 	<ul style="list-style-type: none"> • ნეფრექტომია + ქირურგიული მეტასტაზექტომია • ციტორედუქციული ნეფრექტომია სელექტიურ პაციენტებში
<ul style="list-style-type: none"> • ქირურგიულად რეზექტაბელური სოლიტარული მეტასტაზი • ქირურგიულად რეზექტაბელური პირველადი 	<ul style="list-style-type: none"> • ნეფრექტომია + ქირურგიული მეტასტაზექტომია • ციტორედუქციული ნეფრექტომია სელექტიურ პაციენტებში 			

	<ul style="list-style-type: none"> კონტრასტირებით ან მის გარეშე • გულმკერდის რენტგენოგრაფია • ძვლების სკანირება კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში • თავის ტვინის მრტ კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში • როდესაც საექვოა უროთელური კარცინომა, გასათვალისწინებელია შარდის ციტოლოგია, ურეთეროსკოპია • ბიოფსია კლინიკური ჩვენების შემთხვევაში 	<ul style="list-style-type: none"> სიმსივნე მრავლობითი მეტასტაზური დაზიანებით • თერაპიულად ან ქირურგიულად არარეზექტაბელური სიმსივნე 	<ul style="list-style-type: none"> სისტემურ თერაპიამდე • პირველი ხაზის თერაპია
რეგიონული ლ/კ	რისკის ჯგუფები	მკურნალობის ტაქტიკა	
რეციდივი ან თერაპიულად და ქირურგიულად არარეზექტაბელური	უმეტესად ნათელუჯრედოვანი ჰისტოლოგია	<ul style="list-style-type: none"> კლინიკური კვლევა ან სუნიტინიბი ან ტემსიროლიმუსი ცუდი პროგნოზის პაციენტებისათვის ან ბევაკიზუმაბი+IFN ან პაზოპანიბი ან მაღალი დოზით IL-2 ან სორაფენიბი სელექტიურად ან კარგი დამხმარე მკურნალობა 	
	არანათელუჯრედოვანი ჰისტოლოგია	<ul style="list-style-type: none"> კლინიკური კვლევა (უმჯობესია) ან ტემსიროლიმუსი ან სორაფენიბი ან სუნიტინიბი ან პაზოპანიბი ან ერლოტინიბი ან აქსიტინიბი ან ქიმიოთერაპია გემციტაბინი, დოქსორუბინი (მხოლოდ სარკომის დროს) 	

9. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული პროექტი შესაძლებელს გახდის:

- თირკმლის კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის სტრატეგიის უნიფიცირებას ქვეყნის მასშტაბით, მსოფლიოში არსებული სტანდარტების შესაბამისად;
- აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სქემების რაციონალური თანამიმდევრობის განსაზღვრას;
- თირკმლის კიბოს 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 ეფექტურობა შეფასდება უშუალოდ, უახლოესი და შორეული შედეგების ანალიზის საფუძველზე.

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
ადამიანური რესურსი		
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 გამომახების 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:

ზაალ კვირიკაშვილი - უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის უროლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

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;

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

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