

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

სწორი ნაწლავის კიბოს მართვა

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: სწორი ნაწლავის 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.....	15
10. აუდიტის კრიტერიუმები	15
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	15
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	15
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	16
14. პროტოკოლის ავტორები	16

დანართები და ცხრილები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	15
ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატური კვლევები	6
ცხრილი N2. მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება (მონიტორინგი).....	9
ცხრილი N3. ქიმიოთერაპიის პრინციპები.....	9
ცხრილი N4. სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით	12

1. პროტოკოლის დასახელება: სწორი ნაწლავის კიბოს მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
სწორი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე	C20
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ა) დიაგნოსტიკური ჩარევის დასახელება	
სწორი ნაწლავის კლინიკური გამოკვლევა	JGFX90
კოლონოსკოპია ბიოფსიის აღებით	JFE035
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
გულმკერდის ღრუს ორგანოების კტ გამოკვლევა	GDDD1A
გინეკოლოგიური გამოკვლევა	LXFX90
ამბულატორიული ვიზიტი (გინეკოლოგის, თერაპევტის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია)	ZZZA90
ნაწლავთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (გაუვალობის შემთხვევაში)	JFDB30
მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილის (მცირე მენჯის) მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევა	JXDG2B
თავის და თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
თავის მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (MRI)	AADG1A
გულის ულტრასონოგრაფია	FXDE1A
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
ლიმფური კვანძების გამოკვლევა	PJSA10
ბ) სამკურნალო ჩარევის დასახელება (ქირურგიული მკურნალობა)	
პროქტოტომია	JGSA00
პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან ენდოსკოპიური მეთოდით	JGSA05
სწორი ნაწლავიდან დაზიანებული უბნის ტრანსანალური ამოკვეთა	JGSA73
სხვა სახის პროქტოტომია ან ლოკალური ოპერაციები სწორ ნაწლავზე	JGSA96
ნაწილობრივი პროქტექტომია და კოლორექტალური ან კოლოანალური ანასტომოზი	JGSB00
ნაწილობრივი პროქტექტომია და საბოლოო კოლოსტომა	JGSB10
ნაწილობრივი რექტოსიგმოიდოექტომია და აბდომინოპერინეალური ანასტომოზები	JGSB20
სწორი ნაწლავის აბდომინოპერინეალური ამოკვეთა	JGSB30
სწორი ნაწლავის ამოკვეთა და საბოლოო ილევოსტომა	JGSB40
სწორი ნაწლავის ამოკვეთის სხვა მეთოდები	JGSB96
ტრანსანალური ნაკერი	JGSC20
სხვა რეკონსტრუქციული ოპერაციები სწორ ნაწლავზე	JGSC96
პერინეალური ლოკალური სიმსივნის რეციდივის ამოკვეთა	JGSD00
სხვა ოპერაცია სწორ ნაწლავზე	JGSW96
ნაწლავების რადიოთერაპია	JFO
მრავლობითი ნეოადიუვანტური ციტოსტატიკური თერაპია	WCO
ავთვისებიანი სიმსივნის ადგილობრივი რეციდივის ქიმიოთერაპია	WDO
მეტასტაზური სიმსივნის ქიმიოთერაპია	WEO
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
კოაგულოგრამა	CG.7
ნატრიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.1
კალიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.2
კალციუმის განსაზღვრა სისხლში	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
კანცერო-ემბრიონალური ანტიგენის (CEA) განსაზღვრა სისხლში	IM.18.1.2
მასალის მიმოხილვითი ჰისტოლოგიური გამოკვლევები	PM1.1
იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევები	PM.3
სხვადასხვა მასალის მიკროსკოპიული ციტოლოგიური გამოკვლევა	CT.1

PET/CT

1. არამეტასტაზური/რეზექტაბელური კოლორექტული კიბოს საწყისი სტადირებისთვის PET/CT ვერ ჩაანაცვლებს კონტრასტულ CT-ს და ის რუტინულად არ გამოიყენება. CT ან MRI კვლევით საექვო მეტასტაზური დაზიანების აღმოჩენის შემთხვევაში, შესაძლებელია, PET/CT-ს ჩატარება, თუ აღნიშნული კვლევები არ იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას. პაციენტში გამოხატული არარეზექტაბელური მეტასტაზური დაავადებით PET/CT არ არის ძირითადი კვლევის საშუალება.
2. PET/CT არ გამოიყენება ქიმიოთერაპიის პასუხის შესაფასებლად, რადგან ქიმიოთერაპიის შემდეგ PET/CT მონაცემები შეიძლება იყოს ტრანზიტორულად უარყოფითი (მაგ. ნეკროზული დაზიანების შემთხვევაში) და ცრუ-პოზიტიური პოსტოპერაციული ანთების ან ინფექციის ხარჯზე.
3. არ არის რეკომენდებული PET/CT-ს რუტინული გამოყენება დაავადების რეციდივის დასადგენად. საექვო ან დადასტურებული მეტასტაზური სინქრონული ადენოკარცინომის შემთხვევაში PET/CT რეკომენდებულია მხოლოდ პოტენციურად რეზექტაბელური M1 დაავადების დროს ამოუცნობი მეტასტაზური დაზიანების იდენტიფიცირების მიზნით, რომელიც ხელს შეუშლის ქირურგიულ მკურნალობას. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ პოტენციურად რეზექტაბელური დადასტურებული CR, MRI და/ან ბიოფსიით მეტაქრონული მეტასტაზები, PET/CT რეკომენდებულია ამოუცნობი მეტასტაზური დაზიანების იდენტიფიცირებისთვის, რომელიც ხელს შეუშლის ქირურგიულ მკურნალობას. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ აშკარად არარეზექტაბელური მეტასტაზური დაავადება, არ უნდა ჩაუტარდეთ PET/CT.
4. CEA კარცინომბრიონული ანტიგენის მომატების შემთხვევაში CT კონტრასტით არის არჩევის პირველი მეთოდი, თუმცა, თუ CT-ით არ დადგინდა CEA მომატების მიზეზი, შესაძლებელია, PET/CT ჩატარება.

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგ წყაროებზე დაყრდნობით:

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Rectal Cancer. Version 3.2013. www.nccn.org
2. Rectal Cancer: ESMO Clinical Practice for diagnosis, treatment and follow-up. www.esmo.org
**ამჟამად გამოსულია NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Rectal Cancer. Version 2.2014. www.nccn.org, თუმცა, პრინციპული ცვლილებები რეკომენდაციებში 2013 წელთან შედარებით არ შესულა.*

4. პროტოკოლის მიზანი

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

- მკაფიოდ განისაზღვროს დიაგნოსტიკური ალგორითმი, რომელიც მიმართულია სწორი ნაწლავის კიბოს ადგილობრივი, რეგიონული და შორეული გავრცელების საზღვრების დასადგენად;
- დადგინდეს პროცესის ოპერაბელობის საკითხი შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე;
- განისაზღვროს ოპერაციის მოცულობა, პროცესის ლოკალიზაციის, ზომისა და სტადიის გათვალისწინებით;
- განისაზღვროს კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის ჩვენება, მეთოდები და რეჟიმი;
- ინოპერაბელობის შემთხვევაში, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობიდან გამომდინარე, განისაზღვროს პალიატიური ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა და შემდგომი ქიმიოთერაპიის სქემები, პრეპარატის დოზები და შეყვანის რეჟიმი.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადებული, 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

სწორი ნაწლავის კიბო სწორი ნაწლავის ლორწოვანიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეა.

კლინიკა

სწორ ნაწლავში კიბო ლოკალიზდება ქვემოამპულურ (6სმ-მდე), შუამპულურ (5-10სმ) და ზემოამპულურ (10-15სმ) ნაწილში.

კლინიკურ სიმპტომატიკას განსაზღვრავს სიმსივნის ზრდის ფორმა და გავრცელების ხარისხი. სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეს თითქმის ერთიდაიგივე სიმპტომები ახასიათებს. ადრეული ფორმის სიმსივნეები არცთუ იშვიათად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს.

მაკროსკოპულად სწორ ნაწლავში, ძირითადად, გვხვდება ეგზოფიტური, ენდოფიტური და შერეული ზრდის სიმსივნეები, რომლებიც იწვევენ სწორი ნაწლავის სანათურის შევიწროებას.

სიმსივნის ზრდასთან ერთად ვლინდება დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი: უცხო სხეულის შეგრძნება სწორ ნაწლავში, შეკრულობა, ტენეზმები, სისხლოვან-ლორწოვანი გამონადენი, ტკივილი, ხშირად ფაღარათის და შეკრულობის მონაცვლეობა, რაც დამახასიათებელია ქრონიკული გაუვალობისთვის. სიმსივნის პროგრესირებასთან ერთად სიკვამლეები უფრო ინტენსიური ხდება, მატულობს პათოლოგიური გამონადენი, რაც დაკავშირებულია სიმსივნის რღვევასთან, მატულობს ტკივილები და შეკრულობა (5-6 დღეში 1-ჯერ), რაც არცთუ იშვიათად სრული გაუვალობით მთავრდება.

ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით კლინიცისტები გამოყოფენ: მალაღიფერენციურულ, საშუალოღიფერენციურულ, დაბალღიფერენციურულ, არაღიფერენციურულ და ლორწოვან ადენოკარცინომას.

დიაგნოსტიკა

სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკა მიზნად ისახავს შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტას:

- სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოზის დადგენას;
- სიმსივნის ფორმის, ლოკალიზაციის, ზომის და ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ურთიერთობის განსაზღვრას;
- რეგიონულ, შორეულ ლიმფურ კვანძებში და ორგანოებში მეტასტაზების დადგენას;
- ჰისტოლოგიური სტრუქტურის შესწავლას;
- მეტასტაზების შემთხვევაში ტარგეტული მკურნალობის განსაზღვრას KRAS/KRAF გენების იდენტიფიცირებით, რაც anti-EGFR მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენების საშუალებას იძლევა.

ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატური კვლევები

აუცილებელი გამოკვლევები	ფაკულტატური გამოკვლევები	აუცილებელი ლაბორატორიული გამოკვლევები
ანამნეზის შეგროვება გენეტიკური ფაქტორის გამოკვლევით	ირიგოგრაფია	სისხლის საერთო ანალიზი
ფიზიკალური გამოკვლევა	მცირე მენჯის მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა	შარდის ანალიზი
სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა	თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები
რექტოსიგმოიდოსკოპია, ბიოფსია	ექოკარდიოგრაფია	ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები
ქალებში სწორი ნაწლავის და საშოს ბიდიგიტალური გამოკვლევა	საზარდულის მეტასტაზური ლიმფური კვანძების პუნქციური	ქ-კ-ბ.

	ბიოფსია	
გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია		CEA
თერაპევტის (ქალებში გინეკოლოგის) და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია		
გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია		
<i>*დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენებების შესაბამისად</i>		

მკურნალობა

სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობა ქირურგიული, სხივური, მედიკამენტური ან კომპლექსურია. მკურნალობის შერჩევა დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებასა და დაავადების სტადიაზე.

ქირურგიული მკურნალობა

- სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია;
- სწორი ნაწლავის ობსტრუქციული რეზექცია, ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით (ჰარტმანის ოპერაცია);
- სწორი ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია, სიგმის ჩამოტანით ანალურ არხში;
- სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექცია, ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით;
- სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია, ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით;
- სწორ ნაწლავში 5-6 სმ სიმაღლეზე, 2სმ ვიწრო ფეხზე არსებული სიმსივნის ტრანსანალური ამოკვეთა;
- კომბინირებული ოპერაცია, სიმსივნის მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდის შემთხვევაში;
- ეგზენტერაცია, სიმსივნის შარდის ბუშტში ჩაზრდისას (მამაკაცებში);
- ღვიძლში სინქრონული მეტასტაზების შემთხვევაში, ძირითადი კერისა და ღვიძლის სინქრონული რეზექცია და კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაცია რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად;
- ორლულიანი განმტვირთავი კოლოსტომა, ობტურაციული გაუვალობის შემთხვევაში;
- ციტორედუქციული ოპერაცია, კარცინომატოზის შემთხვევაში;
- სწორი ნაწლავის პალიატიური რეზექცია ან ექსტირპაცია, ღვიძლის მრავლობითი წვრილკეროვანი დაზიანების შემთხვევაში;
- ოპერაციის შემდეგ, მცირე მენჯის ღრუში რეციდივის განვითარების შემთხვევაში, მკურნალობა ძირითად მოიცავს სხივურ თერაპიასა და ქიმიოთერაპიას, იშვიათად - ქირურგიულ ჩარევას.

სიმსივნის სწორი ნაწლავის ზემო ამპულურ ნაწილში ლოკალიზაციის დროს არჩევს ოპერაციას წარმოადგენს სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია, შერთულის ჩამოყალიბებით პირიპირში, ჰარტმანის ოპერაცია ან განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა სიგმურ კოლინჯზე. გამოჯანმრთელების შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია.

სწორი ნაწლავის შუა ამპულური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება სწორი ნაწლავის აბდომინოანალური რეზექცია კოლინჯის ანალურ არხში ჩამოტანით ან დაბალი წინა რეზექცია. მეზორექტუმში პროცესის გავრცელებისას, უმჯობესია, სუპრანალური რეზექციის ჩატარება, შემდგომში - ქიმიო-სხივური თერაპიით.

სწორი ნაწლავის ქვემო ამპულური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია. არარეზექტაბელური სიმსივნის დროს ყალიბდება ორლულიანი კოლოსტომა. ოპერაციის შემდეგ, ჩვენების მიხედვით, ტარდება ქიმიო-სხივური თერაპია.

სწორი ნაწლავის კიბოს მეზობელ ორგანოებსა და სტრუქტურებში ჩაზრდისას, თუ შესაძლებელია, უნდა გაკეთდეს კომბინირებული ოპერაცია, მათ შორის, ეგზენტერაცია, შარდის ბუშტის სუბსტიტუციითა და წვრილნაწლავოვანი დეტუბულიზირებული რეზერვუარის ფორმირებით.

თემოს პარაკავალურ და პარააორტალურ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნის გავრცელების შემთხვევაში, ტარდება სიმსივნის ამოკვეთა გაფართოებული ლიმფადენექტომიით.

ღვიძლში მრავლობითი მეტასტაზების შემთხვევაში, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობისა და სიმსივნის გავრცელების გათვალისწინებით, შესაძლებელია, ძირითადი კერის ამოკვეთა, ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაცია და რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩატარება. ყველა შემთხვევაში, ოპერაციის შემდეგ, ჩვენების მიხედვით უნდა ჩატარდეს ქიმიო-სხივური თერაპია.

საზარდულის ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანების შემთხვევაში ტარდება სხივური-ქიმიო თერაპია.

რადიკალური ჰარტმანის ან სწორი ნაწლავის სუპრაანალური რეზექციის შემდეგ შესაძლებელია რეკონსტრუქციული-ადდენითი ოპერაციის ჩატარება, მსხვილი ნაწლავის ფიზიოლოგიური გამავლობის აღდგენით.

სწორი ნაწლავის ქვემო და შუა ამპულური ნაწილის II-III სტადიის კიბოს დროს, ადგილობრივი რეციდივის სიხშირის შემცირების მიზნით, წინასასოპერაციო პერიოდში, ტარდება სხივური თერაპია.

ღვიძლში და ფილტვებში სინქრონული მეტასტაზების დროს მკურნალობა განსხვავებულია. ღვიძლში სინქრონული მეტასტაზის შემთხვევაში კეთდება ძირითადი სიმსივნის ამოკვეთა, ღვიძლის რეზექცია ღვიძლის არტერიის ან კარის ვენის კათეტერიზაციით რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად, ხოლო ფილტვის მეტასტაზის დროს, პირველ რიგში, ტარდება დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია და ქიმიოთერაპია, ხოლო II ეტაპად - ჩვენების მიხედვით, შესაძლებელია, გაკეთდეს ფილტვის რეზექცია მეტასტაზის ლოკალიზაციის მიხედვით. მოგვიანებით განვითარებული მეტასტაზების შემთხვევაში, ქირურგიული ტაქტიკა თითქმის იგივეა.

სწორი ნაწლავის ადგილობრივად გავრცელებული კიბოს (T₃₋₄) ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, არცთუ იშვიათად ვითარდება რეციდივი მცირე მენჯის ღრუში. წარმონაქმნის ვერიფიკაციის შემდეგ ტარდება ქიმიო-სხივური თერაპია, იშვიათად - ქირურგიული მკურნალობა.

კარცინომატოზის დროს, თუ შესაძლებელია, უნდა გაკეთდეს ციტორედუქციული ან სიმპტომური ოპერაცია, შემდგომი ქიმიოთერაპიით.

I-III სტადიის კიბოს რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს მონიტორინგი შემდეგი სქემის მიხედვით:

ცხრილი N2. მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება (მონიტორინგი)

დაკვირვების ვადები	გამოკვლევები
I წელს 3 თვეში ერთხელ II წელს 6 თვეში ერთხელ III წელს და შემდეგ წლებში წელიწადში ერთხელ	ანამნეზი და ფიზიკალური გამოკვლევა, CEA, სისხლის საერთო ანალიზი, გულმკერდის, მუცლის და მცირე მენჯის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მრტ, სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა, რექტოსიგმოიდოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში - ბიოფსია, მე-5 წელს კოლონოსკოპია.

პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, ჩვენების მიხედვით, ტარდება ჰისტოლოგიური კვლევა და სათანადო მკურნალობა (ქირურგიული, სხივური და ქიმიოთერაპია).

რადიაციული (სხივური) თერაპია

- მკურნალობის რადიოთერაპიული კომპონენტი უნდა განხორციელდეს შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით.

ცხრილი N3. ქიმიოთერაპიის პრინციპები

ადიუვანტური ქიმიოთერაპიული და ქიმოსხივური მკურნალობა II (მაღალი რისკის ჯგუფში) -III სტადია (NCCN)					
mFOLFOX6	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	ჯამში პერიოპერაციული თერაპიის 6 თვე
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24 2,3 დღე		
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	ჯამში პერიოპერაციული თერაპიის 6 თვე
	5 FU	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² 24 საათიანი ინფუზია	2,3 დღე		
CapeOx	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	ჯამში პერიოპერაციული თერაპიის 6 თვე
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ ² 2ჯერ დღეში	1 -14დღე		
FLOX	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²	1/15/29 დღე	ინტერვალი 56 დღე	ჯამში პერიოპერაციული თერაპიის 6 თვე
	ლეიკოვორინი	500 მგ/მ ²	1/8/15/22/29/3 6 დღე		
	5 FU	500 მგ/მ ²	1/8/15/22/29/3 6 დღე		
კომბინირებული ქიმოსხივური თერაპიის ქიმიოთერაპიული კომპონენტი (NCCN)					
	5 FU	225მგ/მ ² 24 საათიანი ინფუზია	5 ან 7დღე/კვ		
	სხივური თერაპია				
	5 FU	400 მგ/მ ²	1/2/3/4 დღე		
	ლეიკოვორინი	200 მგ/მ ²	1/2/3/4 დღე		
	სხივური თერაპია				
	კაპეციტაბინი	825მგ/მ ² 2ჯერ დღეში	5 ან 7დღე/კვ	ინტერვალი	

	სხივური თერაპია			21 დღე		
სწორი ნაწლავის გავრცელებული და მეტასტაზური კიბოს ქიმიოთერაპიული მკურნალობა (NCCN)						
mFOLFOX6	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		
mFOLFOX6 + Bevacizumab	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		
	ბევაციზუმაბი	5 მგ/კგ		1 დღე		
mFOLFOX6 + Panitumumab	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		
	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ		1 დღე		
CapeOx	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ ² დღეში	2ჯერ	1-14დღე		
CapeOx + Bevacizumab	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ ² დღეში	2ჯერ	1-14დღე		
	ბევაციზუმაბი	7,5 მგ/კგ		1 დღე		
FOLFIRI	ირინოტეკანი	180 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	ჯამში პერიოპერაციული თერაპიის 6 თვე
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		
FOLFIRI + Bevacizumab	ირინოტეკანი	180 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		
	ბევაციზუმაბი	5 მგ/კგ		1 დღე		
mFOLFOX6 + Cetuximab	ირინოტეკანი	180 მგ/მ ²		1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²		1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² საათიანი ინფუზია	24	2,3 დღე		

	ცეტუსიმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე		
FOLFIRI + Panitumumab	ირინოტეკანი	180 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ ² 24 საათიანი ინფუზია	2,3 დღე		
	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე		
	კაპეციტაბინი	850-1250 მგ/მ ² 2ჯერ დღეში	1-14დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	კაპეციტაბინი	850-1250 მგ/მ ² 2ჯერ დღეში	1-14დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	ბევაციზუმაბი	7,5 მგ/კგ	1 დღე		
	5 FU	500 მგ/მ ²	1/8/15/22/29/3 6 დღე	ინტერვალი 56 დღე	
	ლეიკოვორინი	500 მგ/მ ²	1/8/15/22/29/3 6 დღე		
IROX	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	ირინიტეკანი	200 მგ/მ ²	1 დღე		
FOLFOXIRI	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ირინიტეკანი	165 მგ/მ ²	1 დღე		
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ ²	1 დღე		
	FU	500 მგ/მ ² 48 სთ. ინფ.	1/2 დღე		
	ირინიტეკანი	125 მგ/მ ²	1/8 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	ცეტუსიმაბი	500 მგ/კგ	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ირინიტეკანი	180 მგ/მ ²	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	

ცხრილი N4. სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით

I სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
T ₁₋₂ N ₀ M ₀	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზის შეგროვება • ფიზიკალური გამოკვლევა • სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა • რექტოსიგმოიდოსკოპია - ბიოფსია • ქალებში სწორი ნაწლავის და საშოს ბიდიგიტალური კვლევა • გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია • თერაპევტის (ქალებში გინეკოლოგის) და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია • CEA 	<p>ქირურგიული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სწორი ნაწლავის ზემოამპულური ნაწილის კიბოს დროს - სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით • თუ შერთულის ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება - ობსტრუქციული რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით (ჰარტმანის ოპერაცია) • შუამპულური კიბოს დროს სრულდება სწორი ნაწლავის დაბალი წინა რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით • სწორი ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია სიგმის ჩამოტანით ანალურ არხში • სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით • სწორი ნაწლავის ქვემოამპულური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება სიმსივნის ტრანსანალური ამოკვეთა • სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით
II A, B სტადია	<p>ძირითადი გამოკვლევები</p>	<p>მკურნალობის ტაქტიკა</p>
<p>II A (T₃N₀M₀) II B (T₄N₀M₀)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზის შეგროვება • ფიზიკალური გამოკვლევა • სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა • რექტოსიგმოიდოსკოპია - ბიოფსია • ქალებში სწორი ნაწლავის და საშოს ბიდიგიტალური კვლევა • გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია • თერაპევტის (ქალებში გინეკოლოგის) და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია • გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია • CEA 	<p>ქირურგიული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზემოამპულური ნაწილის კიბოს დროს - სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია • თუ ანასტომოზის ჩამოყალიბება შეუძლებელია - ობსტრუქციული რეზექცია • სიმსივნის მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდისას (საშო, საშვილოსნოს ყელი, შარდსაწვეთი, სათესლე ბუშტუკები, შარდის ბუშტი და სხვა) კომბინირებული ოპერაცია • შუამპულური კიბოს დროს - დაბალი წინა რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით • სწორი ნაწლავის აბდომინო-ანალური რეზექცია სიგმის ჩამოტანით ანალურ არხში • სუპრანალური რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით • შარდის ბუშტში ჩაზრდისას - ეგზენტერაცია • ინოპერაბელობის ან გაუვალობის შემთხვევაში ორლულიანი კოლოსტომა სიგმურ კოლინჯზე • ქვემოამპულური კიბოს დროს სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით • შარდის ბუშტზე სიმსივნის გავრცელებისას - ეგზენტერაცია წვრილნაწლავოვანი რეზერვუარის ფორმირებით
III A, B, C სტადია	<p>ძირითადი გამოკვლევები</p>	<p>მკურნალობის ტაქტიკა</p>
<p>III A (T₁₋₂N₁M₀) III B (T₃₋₄N₁M₀) III C (T₁₋₄N₂M₀)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზის შეგროვება • ფიზიკალური გამოკვლევა • სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა • რექტოსიგმოიდოსკოპია - ბიოფსია 	<p>კომბინირებული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სწორი ნაწლავის ზემოამპულური კიბოს დროს ტარდება სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია მეზორექტოექტომით და ლიმფადენექტომით - ქიმიოთერაპია • თუ შერთულის ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება ობსტრუქციული რეზექცია მეზორექტოექტომით

	<ul style="list-style-type: none"> ქალებში სწორი ნაწლავის და საშოს ბიდიგიტალური კვლევა გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია თერაპევტის (ქალებში გინეკოლოგის) და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია CEA 	<p>და ლიმფადენექტომიით - ქიმიოთერაპია</p> <ul style="list-style-type: none"> მეზორექტუმში და რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობისას - სუპრანალური რეზექცია მეზორექტოექტომიით და ლიმფადენექტომიით - ქიმიოთერაპია შორეულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობისას ნაჩვენებია სიმსივნის ამოკვეთა გაფართოებული ლიმფადენექტომიით - ქიმიოთერაპია სიმსივნის შარდის ბუშტში ჩაზრდისას ნაწლავის რეზექცია ცისტექტომიით და წვრილი ნაწლავისაგან შარდის ბუშტის ფორმირება - ლიმფადენექტომია ინოპერაბელური კიბოს და გაუვალობის შემთხვევაში ორლულიანი სიგმოსტომა ან ტრანსვერზოსტომა - ქიმიოთერაპია შუამკბულური კიბოს დროს ტარდება სწორი ნაწლავის დაბალი წინა რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით - ლიმფადენექტომია - ქიმიოთერაპია თუ შერთულის ჩამოყალიბება ვერ ხერხდება, შესაძლებელია სწორი ნაწლავის აბდომინო ანალური რეზექცია სიგმის ჩამოტანით ანალურ ხვრელში (ან სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექცია) - ლიმფადენექტომია - ქიმიოთერაპია შორეულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზური დაზიანებისას ნაჩვენებია ნაწლავის სიმსივნესთან ერთად რეზექცია და გაფართოებული ლიმფადენექტომია - ქიმიოთერაპია სიმსივნის მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდისას - კეთდება კომბინირებული ოპერაცია, ქიმიოთერაპია ინოპერაბელური კიბოს და გაუვალობის დროს კეთდება განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა - ქიმიოთერაპია სწორი ნაწლავის ქვემომკბულური ნაწილის კიბოს დროს რეგიონულ და შორეულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობისას ნაჩვენებია სწორი ნაწლავის ექსტირპაცია ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირებით - რეგიონული და გაფართოებული ლიმფადენექტომია - ქიმიოთერაპია
IV სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
ნებისმიერი T, ნებისმიერი N,M1	<ul style="list-style-type: none"> ანამნეზის შეგროვება ფიზიკალური გამოკვლევა სწორი ნაწლავის თითოთ გამოკვლევა რექტოსიგმოიდოსკოპია - ბიოფსია ქალებში სწორი ნაწლავის და საშოს ბიდიგიტალური კვლევა გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია თერაპევტის (ქალებში გინეკოლოგის) და სხვა სპეციალისტების 	<p>კომბინირებული: სწორი ნაწლავის კიბოს დროს ყველაზე ხშირად ღვიძლში ვითარდება სინქრონული და მეტაქრონული მეტასტაზები. ღვიძლის რეზექციის მოცულობა განისაზღვრება მეტასტაზების რაოდენობით, ზომების და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით.</p> <ul style="list-style-type: none"> ერთეული მეტასტაზების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს სწორი ნაწლავის სიმსივნის ამოკვეთა და ღვიძლის რეზექცია, ღვიძლის არტერიის ან კარის ვენის კათეტერიზაციით, რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად. ღვიძლის ორივე წილში სინქრონული მეტასტაზების არსებობისას შესაძლებელია ციტორედუქციული ოპერაცია - ძირითადი კერის ამოკვეთა და მეტასტაზურად დაზიანებული ღვიძლის სეგმენტის ან წილის რეზექცია კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაცია

	<p>კონსულტაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> • გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია • CEA <p>*სწორი ნაწლავის კიბოს ნებისმიერი სტადიის დროს გამოკვლევები კლინიკური ჩვენების მიხედვით, ირიგოგრაფია - საჭიროების შემთხვევაში.</p>	<p>რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ერთეული სინქრონული მეტასტაზების დროს როდესაც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ღვიძლის რეზექციის შესაძლებლობას არ იძლევა, ტარდება ძირითადი სიმსივნური კერის ამოკვეთა. • ღვიძლის ორივე წილში მრავლობითი მეტასტაზების არსებობისას რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია სიმსივნით დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია ან ექსტირპაცია და შემდეგ ქიმიოთერაპიის ჩატარება • სწორი ნაწლავის რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ღვიძლში მეტაქრონული მეტასტაზების განვითარებისას ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა წყდება მეტასტაზების რაოდენობის, ზომების და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებით. ნებისმიერ შემთხვევაში აუცილებელია ქიმიოთერაპიის ჩატარება • ღვიძლში სინქრონული რეზექტაბელური მეტასტაზების არსებობისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობიდან გამომდინარე პირველ ეტაპზე ტარდება სიმსივნით დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია - ქიმიოთერაპია, მეორე ეტაპზე - ღვიძლის რეზექცია რეგიონული ქიმიოთერაპიით • ფილტვში სინქრონული რეზექტაბელური მეტასტაზების არსებობისას ოპერაცია იყოფა ორ ეტაპად. პირველ ეტაპზე ტარდება ნაწლავის რეზექცია ან ექსტირპაცია - ქიმიოთერაპია, მეორე ეტაპზე - ფილტვის მეტასტაზის ამოკვეთა - ქიმიოთერაპია • ინკურაბელური სიმსივნის ან გაუვალობის შემთხვევაში ტარდება სიმპტომური ოპერაცია - ორლულიანი კოლოსტომა. <p>*II-III სტადიის კიბოს დროს წინასაოპერაციო დასხივება უნდა ჩატარდეს ჩვენების მიხედვით</p> <p>*წინასაოპერაციო ქიმიოთერაპია ჩვენების მიხედვით</p> <p>*არარადიკალური ოპერაციის შემთხვევაში ოპერაციის შემდგომი სხივური - ქიმიოთერაპია</p> <p>*რადიკალური ოპერაცია შემდეგ ყველა შემთხვევაში ქიმიოთერაპია ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით</p> <p>*საზარდულის ლიმფურ კვანძებში სინქრონული ან მეტაქრონული მეტასტაზების ვერიფიკაციის შემდეგ მკურნალობა ძირითადში სხივური - ქიმიოთერაპია</p> <p>*შერთულის არეში რეციდივის განვითარებისას თუ შესაძლებელია რეზექცია - შემდგომში სხივური - ქიმიოთერაპია, წინააღმდეგ შემთხვევაში - განმტკირთავი კოლოსტომა</p> <p>*ობსტრუქციული და სუპრანალური რეზექციის შემდეგ ნაწლავის ტაკვში განვითარებული რეციდივის შემთხვევაში თუ შესაძლებელია ტაკვის სიმსივნესთან ერთად ექსტირპაცია შემდგომ სხივური - ქიმიოთერაპიის ჩატარება, თუ ექსტირპაცია შეუძლებელია - ტარდება სხივური - ქიმიოთერაპია</p> <p>*სწორი ნაწლავის ექსტირპაციის შემდეგ მცირე მენჯში განვითარებული რეციდივის მკურნალობა სხივური - ქიმიოთერაპია, იშვიათად ქირურგიული.</p>
--	--	--

9. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული პროექტი შესაძლებელს გახდის:

- სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგის სტრატეგიის უნიფიცირებას ქვეყნის მასშტაბით, მსოფლიოში არსებული სტანდარტების შესაბამისად;
- აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სქემების რაციონალური თანმიმდევრობის განსაზღვრას;
- სწორი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და შემდგომი მონიტორინგისათვის გათვალისწინებული მატერიალური, ფინანსური და ინტელექტუალური რესურსების რაციონალურ ხარჯვას;
- ექიმთა საქმიანობის ხარისხისა და პასუხისმგებლობის განსაზღვრას;
- ექიმთა პროფესიული რისკებისგან დაცვას.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

პროტოკოლის მიხედვით ჩატარებული კვლევები და მკურნალობის შედეგები ასახული იქნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. მკურნალობის ეფექტურობა შეფასდება უახლოესი და შორეული შედეგების ანალიზის საფუძველზე. განისაზღვრება, რამდენად სრულყოფილია და ინფორმატიული დიაგნოსტიკა, რამდენ პაციენტს რა სახის მკურნალობა ჩაუტარდა და რამდენად ხშირია ესა თუ ის გართულება, როგორია მკურნალობის შედეგები, რამდენად ხშირია 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
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:

გურამ მენტეშაშვილი - მედიცინის დოქტორი, კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტის ონკოქირურგი;

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.