

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

## კოლინჯის კიბოს მართვა

### პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: კოლინჯის კიბოს მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	5
4. პროტოკოლის მიზანი.....	5
5. სამიზნე ჯგუფი.....	6
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	6
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	6
8. რეკომენდაციები.....	6
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	17
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	17
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	17
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	17
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	18
14. პროტოკოლის ავტორები .....	18

## დანართები და ცხრილები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	17
ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატური კვლევები .....	7
ცხრილი N2. მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება (მონიტორინგი).....	9
ცხრილი N3. ქიმიოთერაპიის პრინციპები.....	9
ცხრილი N4. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის (ბრმა ნაწლავის, ასწვრივი კოლინჯი, ღვიძლის ნაკეცი, განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი) კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით.....	12
ცხრილი N5. კოლინჯის მარცხენა ნახევრის (კოლინჯის მარცხენა ნახევარი, ელენტის ნაკეცი, დასწვრივი კოლინჯი, სიგმა, რექტოსიგმის ნაწილი) კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით .....	14

# 1. პროტოკოლის დასახელება: კოლინჯის კიბოს მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
კოლინჯის ავთვისებიანი სიმსივნე	C18
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
<b>ა) დიაგნოსტიკური ჩარევის დასახელება</b>	
სწორი ნაწლავის კლინიკური გამოკვლევა	JGFX90
კოლონოსკოპია ბიოფსიის აღებით	JFE035
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	GDDA1A
ამბულატორიული ვიზიტი (გინეკოლოგის, თერაპევტის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია)	ZZZA90
აბდომინალური პარაცენტეზი	JAXX10
ნაწლავთა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	JFDB30
რენტგენოლოგიური კოლონოგრაფია	JFDB2A
მუცლის ღრუს მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევა	JXDG3B
თავის და თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
თავის მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია (MRI)	AADG1A
გულის ულტრასონოგრაფია	FXDE1A
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
<b>ბ) სამკურნალო ჩარევის დასახელება (ქირურგიული მკურნალობა)</b>	
მსხვილი ნაწლავის გაკერვა	JFSA80
მსხვილი ნაწლავის დაზიანებული უბნის ამოკვეთა	JFSA83
მსხვილი ნაწლავის ფისტულის დახურვა	JFSA86
ილეოცეკალური რეზექცია	JFSB20
მარჯვენამხრივი ჰემოკოლექტომია (ილეო - ტრანსვერზო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, განივი კოლინჯის რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით)	JFSB30
წვრილი და მსხვილი ნაწლავის სხვა რეზექციები	JFSB33
განივი კოლინჯის რეზექცია	JFSB40
მარცხენამხრივი ჰემოკოლექტომია	JFSB43
სიგმოიდური ნაწლავის რეზექცია	JFSB46
მსხვილი ნაწლავის სხვა სახის რეზექციები	JFSB50
სიგმოიდური ნაწლავის რეზექცია და კოლოსტომის დადება	JFSB60
მსხვილი ნაწლავის სხვა სახის რეზექციები პროქსიმალური კოლოსტომის დადებით და დისტალური ნაწილის გაკერვით	JFSB63
ნაწლავების ნაწილობრივი ამოკვეთა სხვა მეთოდით	JFSB96
ენტერო-ენტეროსტომა	JFSC00
ილეოტრანსვერზოსტომა	JFSC10
სხვა სახის ენტეროკოლოსტომები	JFSC20
კოლო-კოლოსტომა	JFSC30
ილეორექტოსტომა	JFSC40
მარყუჟოვანი ენტეროსტომა	JFSF10
ტერმინალური ენტეროსტომა	JFSF13
ცეკოსტომა	JFSF20
ტრანსვერზოსტომა	JFSF23
სიგმოიდოსტომა	JFSF26
სხვა სახის კოლოსტომები	JFSF30
მარყუჟოვანი ენტეროსტომის დახურვა რეზექციის გარეშე	JFSG00
ენტეროსტომის დახურვა გამოტანილი მარყუჟის რეზექციით	JFSG20

ტერმინალური ენტეროსტომის დახურვა წვრილ ნაწლავზე ანასტომოზის დადებით	JFSG23
ტერმინალური ენტეროსტომის დახურვა სქელ ნაწლავზე ანასტომოზის დადებით	JFSG26
ტერმინალური ენტეროსტომის დახურვა სწორ ნაწლავზე ანასტომოზის დადებით	JFSG29
კოლონოსტომის დახურვა გამოტანილი მარყუჟის რეზექციით	JFSG30
ტერმინალური კოლოსტომის დახურვა სქელ ნაწლავზე ანასტომოზის დადებით	JFSG33
ტერმინალური კოლოსტომის დახურვა სწორ ნაწლავზე ანასტომოზის დადებით	JFSG36
სხვა ოპერაციები ნაწლავის სტომაზე ან "პაჩ"-ზე	JFSG96
სრული კოლექტომია და ილეორექტალური ანასტომოზი	JFSH00
სრული კოლექტომია და ილეოსტომა	JFSH10
პროქტოკოლექტომია და ილეოსტომა	JFSH20
სრული კოლექტომია, სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ამოკვეთა და ილეოანალური ანასტომოზი ილეოსტომის გარეშე	JFSH30
სრული კოლექტომია, სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ამოკვეთა, ილეოანალური ანასტომოზი და ილეოსტომა	JFSH33
პროქტოექტომია (სწორი ნაწლავის ამოკვეთა) და მუდმივი ილეოსტომა	JFSH40
სხვა სახის სრული კოლექტომიები	JFSH96
სხვა ოპერაციები ნაწლავის ობსტრუქციის გამომწვევ სუბსტრატზე (შეწეების მიზეზზე)	JFSK96
ლაპაროტომია და ჩარევები ნაწლავის ობსტრუქციის დროს	JFSL10
სხვა ოპერაციები ნაწლავებზე	JFSW96
ნაწლავების რადიოთერაპია	JFO
მრავლობითი ნეოადუვანტური ციტოსტატიკური თერაპია	WCO
ავთვისებიანი სიმსივნის ადგილობრივი რეციდივის ქიმიოთერაპია	WDO
მეტასტაზური სიმსივნის ქიმიოთერაპია	WEO
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
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

### **PET/CT**

1. არამეტასტაზური/რეზექტაბელური კოლორექტული კიბოს საწყისი სტადირებისთვის PET/CT ვერ ჩაანაცვლებს კონტრასტულ კტ-ს და რუტინულად არ გამოიყენება. CT ან MRI კვლევით საეჭვო მეტასტაზური დაზიანების აღმოჩენის შემთხვევაში, თუ აღნიშნული კვლევები არ იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას, შესაძლებელია, PET/CT-ს ჩატარება. პაციენტებში, 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 არსებობის შემთხვევაში.

3. PET/CT-ს რუტინული გამოყენება დაავადების რეციდივის დასადგენად არ არის რეკომენდებული. საეჭვო 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 იდენტიფიცირების მიზნით, 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 ვერ მოხერხდა CEA მომატების მიზეზის აღმოჩენა, შესაძლებელია, PET/CT ჩატარება.

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგ წყაროებზე დაყრდნობით:

1. NCCN. (2013). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon Cancer: Version 2.
2. ESMO. (2013). Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Advanced Colorectal cancer.

*\*ამჟამად გამოსულია NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon 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 კოლინჯის კიბოს დიაგნოსტიკის, ქირურგიული და კომბინირებული მკურნალობის, ოპერაციის შემდგომი მონიტორინგის პრობლემების გადაწყვეტისკენ. პროტოკოლის მიზანია კოლინჯის კიბოს მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, რომლის მისაღწევად გადასაჭრელია შემდეგი ამოცანები:

- მკაფიოდ განისაზღვროს დიაგნოსტიკური ალგორითმი, რომელიც მიმართულია კოლინჯის კიბოს ადგილობრივი, რეგიონული და შორეული გავრცელების საზღვრების დადგენისკენ.
- დადგინდეს პროცესის ოპერაბილობის საკითხი, შესაბამისი კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე.
- განისაზღვროს ოპერაციის მოცულობა პროცესის ლოკალიზაციის, ზომისა და სტადიის გათვალისწინებით.
- განისაზღვროს კომბინირებული და კომპლექსული მკურნალობის ჩვენება, მეთოდები და რეჟიმი.
- ინოპერაბელობის შემთხვევაში, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით განისაზღვროს პალიატიური ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა და შემდგომი ქიმიოთერაპიის სქემები, პრეპარატის დოზების და შეყვანის რეჟიმი.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს კოლინჯის 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 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

კოლინჯის კიბო კოლინჯის ლორწოვანი გარსიდან განვითარებული ავთვისებიანი სიმსივნეა.

### კლინიკა

კოლინჯის კიბოს კლინიკურ სიმპტომატიკას განსაზღვრავს სიმსივნის ლოკალიზაცია, ზრდის ფორმა და გავრცელების ხარისხი. კოლინჯის კიბო ლოკალიზდება ბრმა ნაწლავში, ასწვრივ კოლინჯში, ღვიძლის ნაკეცში, განივ კოლინჯში, ელენტის ნაკეცში, დასწვრივ კოლინჯში, სიგმურ კოლინჯსა და რექტოსიგმურ ნაწილში. პირობითად, კოლინჯი იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებად. გამყოფ ზღვარს წარმოადგენს განივი კოლინჯის შუა მესამედი. მაკროსკოპულად კოლინჯში ძირითადად გვხვდება ეგზოფიტური, ენდოფიტური, შერეული და ბეჭდისებური ფორმის სიმსივნეები. მარჯვენა ნახევრისთვის უფრო დამახასიათებელია ეგზოფიტური, ხოლო მარცხენა ნახევრისთვის - ენდოფიტური და ბეჭდისებრი ზრდის სიმსივნეები. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის ადრეული ფორმის სიმსივნე უსიპტომოდ მომდინარეობს. კუნთოვან ქსოვილსა და სანათურში ზრდის შედეგად კლინიკურად ვლინდება ფადარათი, შეკრულობის და ფადარათის მონაცვლეობა, ყურყური მუცლის ღრუში, მცირე ინტენსივობის ტკივილები, რომელთა ინტენსივობა ძლიერდება სერიოზულ გარსსა და მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდისას და გამოიხატება დაავადების ტოქსიკო-ანემიური ფორმა წონაში კლებით. კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბოსთვის უფრო ხშირად დამახასიათებელია ყაზობა, პერიოდული სისხლდენა ლორწოვანი მინარევით, მუცლის შებერილობა, ქრონიკული გაუვალობის ნიშნები. დაავადების პროგრესირებისას ვითარდება ნაწილობრივი ან სრული გაუვალობა. ჰისტოლოგიური შენების მიხედვით კოლინჯის კიბოს ძირითადი სახეობებია: მაღალდიფერენცირებული, საშუალოდიფერენცირებული, დაბალდიფერენცირებული, არადიფერენცირებული და ლორწოვანი ადენოკარცინომა.

## დიაგნოსტიკა

კოლინჯის კიბოს დიაგნოსტიკა მიზნად ისახავს შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტას:

1. კოლინჯის კიბოს დიაგნოზის დასმას;
2. სიმსივნის ფორმის, ლოკალიზაციის, ზომის და ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან ურთიერთობის განსაზღვრას;
3. რეგიონულ შორეულ ლიმფურ კვანძებსა და ორგანოებში მეტასტაზების დადგენას.
4. ჰისტოლოგიური სტრუქტურის შესწავლას.
5. მეტასტაზების შემთხვევაში, ტარგეტული მკურნალობის განსაზღვრა KRAS/KRAF გენების იდენტიფიცირებით, რაც ანტი-EGFR მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენების საშუალებას იძლევა.

## ცხრილი N1. აუცილებელი და ფაკულტატიური კვლევები

აუცილებელი გამოკვლევები	ფაკულტატიური გამოკვლევები	აუცილებელი ლაბორატორიული გამოკვლევები	დიაგნოსტიკური ოპერაცია
ანამნეზის შეგროვება გენეტიკური ფაქტორის გამოკვლევით	ირიგოგრაფია	სისხლის საერთო ანალიზი	ლაპარატომია
ფიზიკალური გამოკვლევა		შარდის ანალიზი	
სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა	თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	სტანდარტული ბიოქიმიური ანალიზები	
კოლონოსკოპია, ბიოფსია		ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები	
	ექოკარდიოგრაფია	ე.კ.გ.	
მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია		CEA	
გულმკერდის რენტგენოგრაფია			
გინეკოლოგის, თერაპევტის და სხვა სპეციალისტების კონსულტაცია			

## მკურნალობა

კოლინჯის კიბოს მკურნალობა კომბინირებულია. მკურნალობის განსაზღვრა დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ შენებასა და დაავადების სტადიაზე.

## ქირურგიული მკურნალობა

- მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია;
- განივი კოლინჯის რეზექცია;
- მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია;
- სიგმის რეზექცია;
- რექტოსიგმური ნაწილის მუცელშიდა რეზექცია;
- ობსტრუქციული რეზექცია;

- გაუვალობის შემთხვევაში, შემოვლითი ილეო-ტრანსვერზო ანასტომოზი, მიკულიჩის ოპერაცია, განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა ან ილეოსტომა;
- სიმსივნის სხვა ორგანოებში ჩაზრდისას კომბინირებული ოპერაცია;
- ოჯახური პოლიპოზის ფონზე განვითარებული კიბოს დროს კოლინჯის სუბტოტალური რეზექცია - ქიმიოთერაპია;
- რეციდივის შემთხვევაში რეზექცია ან განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა ან ილეოსტომა - ქიმიოთერაპია;
- შორეულ ორგანოებში (ღვიძლი) სინქრონული ან მეტაქრონული მეტასტაზების განითარებისას თუ შესაძლებელია მეტასტაზების ამოკვეთა, რეგიონული ქიმიოთერაპია;
- რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, ჩვენების მიხედვით, შეიძლება ჩატარდეს ქიმიოთერაპიის კურსები;
- კომბინირებული ოპერაციების შემდეგ, ასევე ოჯახური პოლიპოზის ფონზე განვითარებული კიბოს დროს ტარდება ოპერაციის შემდგომი ქიმიოთერაპია. პალიატიური და სიმპტომური ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპიის კურსები.

კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის კიბოს დროს უნდა შესრულდეს მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილეო-ტრანსვერზო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით გვერდი-გვერდში ან პირი-პირში დიდი ბადექონის მარჯვენა ნახევრის რეზექციით. განივი კოლინჯის მცირე ზომის სიმსივნის დროს, როცა კოლინჯის შუა არტერიის გასწვრივ ლიმფური კვანძები დაუზიანებელია, კეთდება განივი კოლინჯის სეგმენტური რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით, გაუვალობის დროს - მიკულიჩის ოპერაცია. იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფური კვანძები დაზიანებულია, იზრდება რეზექციის მოცულობა განივი კოლინჯის ელენთის და ღვიძლის ნაკეცების რეზექციამდე ანასტომოზის ფორმირებით აღმავალ და დაღმავალ ტოტებს შორის. განივი კოლინჯის დისტალური, დასწვრივი და სიგმის პროქსიმალური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრანსვერზო-სიგმო ან ტრანსვერზო-რექტო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, ჯორჯლის ქვემო არტერიის ფუძესთან გადაკვეთით. გაუვალობის შემთხვევაში ხორციელდება სიმსივნით დაზიანებული ნაწლავის რადიკალური რეზექცია (მიკულიჩის წესით), ობსტრუქციული რეზექცია ან განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბება განივ კოლინჯზე. სიგმის შუა და დისტალური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება მუცელშიდა რეზექცია შერთულის ჩამოყალიბებით; ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობიდან გამომდინარე, შესაძლებელია სიგმის შუა მესამედის რეზექცია. გაუვალობის შემთხვევაში ნაჩვენებია მიკულიჩის ან ჰარტმანის ოპერაცია. რექტოსიგმური ნაწილის კიბოს დროს ტარდება რადიკალური წინა რეზექცია შერთულის ფორმირებით, ხელით ან მექანიკური ცირკულარული საკერი აპარატით. გაუვალობის შემთხვევაში, თუ შესაძლებელია, ჰარტმანის ოპერაცია. კოლინჯის კიბოს მომიჯნავე ორგანოებსა და სტრუქტურებში ჩაზრდისას, თუ შესაძლებელია, უნდა გაკეთდეს კომბინირებული ოპერაცია. ლიმფურ კვანძებში სიმსივნის გავრცელების შემთხვევაში ტარდება სიმსივნის ამოკვეთა გაფართოებული ლიმფადენექტომიით. ღვიძლში ერთეული მეტასტაზების არსებობისას, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის და სიმსივნის გავრცელების გათვალისწინებით, შესაძლებელია ძირითადი კერის ამოკვეთა, ღვიძლის რეზექცია, ღვიძლის არტერიის ან კარის ვენის კათეტერიზაცია და რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩატარება. ყველა შემთხვევაში, ოპერაციის შემდეგ ჩვენების მიხედვით უნდა ჩატარდეს ქიმიოთერაპია. კოლინჯის პირველადი მრავლობითი სინქრონული კიბოს დროს ოპერაციის მასშტაბი განისაზღვრება ნაწლავში სიმსივნის ლოკალიზაციის მიხედვით. მსხვილი ნაწლავის ოჯახური ადენომატოზური პოლიპოზი (FAP) ხასიათდება



მსხვილ ნაწლავში ასობითი პოლიპების წარმოქმნით, რომელთა შორის ზოგიერთი (ხშირად) ტრანსფორმირდება ავთვისებიან სიმსივნედ. ამ შემთხვევაში დაავადების მკურნალობა ქირურგიულია: კოლოპროქტექტომია ილეო-ანალოური ანასტომოზის ან ერთლულიანი ილეოსტომის ფორმირებით მუცლის მარჯვენა წინა კედელზე, ფაუჩის ოპერაცია, თუ ბრმა ნაწლავში და ასწვრივ კოლინჯში პოლიპები არ არის, კეთდება სუბტოტალური რეზექცია ცეკო-ან ასცენდო-რექტული ანასტომოზის ფორმირებით. სწორ ნაწლავში ერთეული პოლიპების შემთხვევაში კეთდება იგივე სახის ოპერაცია, მოგვიანებით, პოლიპების ელექტროკოაგულაცია ან ექსციზია ჰისტოლოგიური კვლევით. სიმპტომური ოპერაციები კოლინჯის ინოპერაბელური და არარეზექტაბელური კიბოს დროს გულისხმობს ილეო-კოლო ანასტომოზების ან სხვა სახის სტომების ფორმირებას. კოლინჯის კიბოს რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, რეციდივის შემთხვევაში, ნაჩვენებია რეციდიული სიმსივნის ამოკვეთა ან განმტვირთავი კოლოსტომის ან ილეოსტომის ჩამოყალიბება შემდგომი ქიმიოთერაპიის ჩატარებით.

**ცხრილი N2. მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება (მონიტორინგი)**

დაკვირვების ვადები	გამოკვლევები
<ul style="list-style-type: none"> <li>I წელს 3 თვეში 1-ჯერ</li> <li>II წელს 3-6 თვეში 1-ჯერ</li> <li>III წელს და შემდგომში 6 თვის ინტერვალით სულ 5 წლის განმავლობაში</li> </ul>	ანამნეზი და ფიზიკალური გამოკვლევა, CEA 3-6 თვის ინტერვალით, კოლონოსკოპია, გულმკერდის და მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია, სისხლის საერთო და ჩვენების მიხედვით, ბიოქიმიური ანალიზები

პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, ჩვენების მიხედვით ტარდება სათანადო მკურნალობა (ქირურგიული, ქიმიო და სხივური თერაპია).

**ცხრილი N3. ქიმიოთერაპიის პრინციპები**

**ადიუვანტური ქიმიოთერაპიული და ქიმიოსხივური მკურნალობა, II (მაღალი რისკის ჯგუფში) -III სტადია (NCCN)**

<b>mFOLFOX6</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		

<b>FLOX</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1/15/29 დღე	ინტერვალი 56 დღე	
	ლეიკოვორინი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22/29/36 დღე		
	5 FU	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22/29/36 დღე		

<b>Capecitabine</b>	კაპეციტაბინი	1250 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1 -14დღე	ინტერვალი 21 დღე	
---------------------	--------------	-----------------------------------	----------	------------------	--

<b>CapeOx</b>	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	24 კვ
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1 -14დღე		

<b>5 FU/Leucovorin</b>	ლეიკოვორინი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		

<b>n</b>	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
----------	------	----------------------------------	---------	--	--

სწორი ნაწლავის გავრცელებული და მეტასტაზური კიბოს ქიმიოთერაპიული მკურნალობა (NCCN)

<b>mFOLFOX6</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		

<b>mFOLFOX6 + Bevacizumab</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
	ბევაციზუმაბი	5 მგ/კგ	1 დღე		

<b>mFOLFOX6 + Panitumumab</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე		

<b>CapeOx</b>	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1-14დღე		

<b>CapeOx + Bevacizumab</b>	ოქსალიპლატინი	130 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	კაპეციტაბინი	1000 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1-14დღე		
	ბევაციზუმაბი	7,5 მგ/კგ	1 დღე		

<b>FOLFIRI</b>	ირინოტეკანი	180 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ ინფუზია	2,3 დღე		

<b>FOLFIRI + Bevacizumab</b>	ირინოტეკანი	180 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
	ბევაციზუმაბი	5 მგ/კგ	1 დღე		

<b>mFOLFOX6 + Cetuximab</b>	ირინოტეკანი	180 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
	ცეტუქსიმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე		

<b>FOLFIRI + Panitumumab</b>	ირინოტეკანი	180 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	5 FU	1200 მგ/მ <sup>2</sup> 24 სთ.ინფ	2,3 დღე		
	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე		

	კაპეციტაბინი	850-1250 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1 -14დღე	ინტერვალი 21 დღე	
--	--------------	------------------------------------------	----------	---------------------	--

	კაპეციტაბინი	850-1250 მგ/მ <sup>2</sup> 2ჯერ დღეში	1 -14დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	ბევაციზუმაბი	7,5 მგ/კგ	1 დღე		

	5 FU	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22/29/36 დღე	ინტერვალი 56 დღე	
	ლეიკოვორინი	500 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8/15/22/29/36 დღე		

<b>IROX</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
	ირინიტეკანი	200 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		

<b>FOLFOXIRI</b>	ოქსალიპლატინი	85 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
	ირინიტეკანი	165 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	ლეიკოვორინი	400 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე		
	FU	500 მგ/მ <sup>2</sup> 48 სთ. ინფ.	1/2 დღე		

	ირინიტეკანი	125 მგ/მ <sup>2</sup>	1/8 დღე	ინტერვალი 21 დღე	
--	-------------	-----------------------	---------	---------------------	--

	ცეტუქსიმაბი	500 მგ/კგ	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
--	-------------	-----------	-------	---------------------	--

	ირინიტეკანი	180 მგ/მ <sup>2</sup>	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
--	-------------	-----------------------	-------	---------------------	--

	პანიტუმუმაბი	6 მგ/კგ	1 დღე	ინტერვალი 14 დღე	
--	--------------	---------	-------	---------------------	--

ცხრილი N4. კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის (ზრმა ნაწლავის, ასწვრივი კოლინჯი, ღვიძლის ნაკეცი, განივი კოლინჯის მარჯვენა ნახევარი) კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით

I სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
T1-2N0M0	<ul style="list-style-type: none"> <li>ანამნეზის შეგროვება</li> <li>ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> </ul> <p><i>*დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენების შესაბამისად</i></p>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილეო-ტრასვერზო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> </ul> <p><i>*აუცილებლობის შემთხვევაში (დაბალი, არადიფერენცირებული კიბო) ოპერაციის შემდეგ ქიმიოთერაპია</i></p>
II A, BB სტადია	<ul style="list-style-type: none"> <li>ანამნეზის შეგროვება</li> <li>ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> <li>CEA</li> </ul> <p><i>*დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენების შესაბამისად</i></p>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილეო-ტრასვერზო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> <li>სიმსივნის მეზობელ ორგანოში ჩაზრდის შემთხვევაში კომბინირებული მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია</li> <li>გაუვალობის და ინკურაბელობის შემთხვევაში განმტვირთავი შემოვლითი ანასტომოზის ან ორლულიანი ილევოსტომის ჩამოყალიბება</li> </ul> <p><i>*ყველა ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია</i></p> <p><i>*პალიატიური ოპერაციის და ქიმიოთერაპიის შემდეგ შეიძლება ჩატარდეს რადიკალური ოპერაცია</i></p>
III A, B, C სტადია	<ul style="list-style-type: none"> <li>ანამნეზის შეგროვება</li> <li>ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> </ul>	<p><b>III A</b> სტ. მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ლიმფადენექტომია</p> <p><b>III B</b> სტ. მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია ილეოტრასვერზო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, ლიმფადენექტომია</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>სიმსივნის მიმდებარე ორგანოებში ჩაზრდის შემთხვევაში კომბინირებული მარჯვენამხრივი</li> </ul>
III A (T1-2N1M0) III B (T3-4N1M0) III C (ნებისმიერი TN2M0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ანამნეზის შეგროვება</li> <li>ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> <li>• CEA</li> </ul> <p><i>* დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენების შესაბამისად</i></p>	<p>ჰემიკოლექტომია ილეო-ტრასვერზი ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, ლიმფადენექტომია</p> <p><b>III B</b> სტ. რადიკალური მარჯვენამხრივი ჰემიკოლექტომია, მეზობელ ორგანოებში ჩაზრდისას კომბინირებული ოპერაცია გაფართოებული ლიმფადენექტომია</p> <p><i>* გაუვალობის შემთხვევაში თუ რადიკალური ოპერაცია შეუძლებელია ნაჩვენებია შემოვლითი ანასტომოზის ჩამოყალიბება ან ორლულიანი ილეოსტომა</i></p> <p><i>* ყველა ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია</i></p> <p><i>* განმტვირთავი ოპერაციისა და რადიკალური ქიმიოთერაპიის შემდეგ შესაძლოა რადიკალური ოპერაციის ჩატარება</i></p> <p><i>* სიმსივნის ინკურაბელობისა და კარცინომატოზის შემთხვევაში განმტვირთავი ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს ზოგადი მდგომარეობის შეფასებით შესაძლებელია ჩაუტარდეს რადიკალური ქიმიოთერაპია</i></p>
<b>IV სტადია</b>	<b>ძირითადი გამოკვლევები</b>	<b>მკურნალობის ტაქტიკა</b>
<p><b>ნებისმიერ T, ნებისმიერი N, M<sub>1</sub></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანამნეზის შეგროვება</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>• სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>• კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> </ul>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <p>კოლინჯის კიბოს დროს ყველაზე ხშირად ღვიძლში ვითარდება სინქრონული ან მეტაქრონული მეტასტაზები. ღვიძლის რეზექციის მოცულობა უნდა განისაზღვროს მეტასტაზების რაოდენობის, ზომის და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ერთეული მეტასტაზების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს კოლინჯის სიმსივნის ამოკვეთა და ღვიძლის რეზექცია კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის კარის ვენის კათეტერიზაციით რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად.</li> <li>• ღვიძლის ორივე წილში მეტასტაზების არსებობისას შესაძლებელია ციტორედუქციული ოპერაცია - ძირითადი კერის ამოკვეთა და მეტასტაზურად დაზიანებული ღვიძლის სეგმენტის ან წილის რეზექცია კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაციით რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად.</li> <li>• ერთეული სინქრონული მეტასტაზების დროს როდესაც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ღვიძლის რეზექციის შესაძლებლობას არ იძლევა, ტარდება პალიატიური ჰემიკოლექტომია.</li> <li>• ღვიძლის ორივე წილში მრავლობითი მეტასტაზების არსებობისას რიგ შემთხვევებში შესაზლებელია ძირითადი სიმსივნური კერის ამოკვეთა და შემდეგ ზოგადი ქიმიოთერაპიის ჩატარება</li> <li>• კოლინჯის კიბოს რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ღვიძლში მეტაქრონული მეტასტაზების განვითარებისას ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა წყდება მეტასტაზების რაოდენობის, ზომების და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებით</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში პალიატიური მიკულიჩის ოპერაცია</li> <li>• კოლინჯის პალიატიური ობსტრუქციული რეზექცია</li> <li>• განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა</li> </ul> <p><i>* დაავადების სტადიის შესაბამისად ტარდება ქიმიოთერაპია რადიკალური ან პალიატიური პროგრამით</i></p>

ცხრილი N5. კოლინჯის მარცხენა ნახევრის (კოლინჯის მარცხენა ნახევარი, ელენტის ნაკეცი, დასწვრივი კოლინჯი, სიგმა, რექტოსიგმის ნაწილი) კიბოს დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სტადიების მიხედვით

I სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა
T <sub>1-2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანამნეზის შეგროვება</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>• სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>• კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• CEA</li> </ul>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრასვერზო-სიგმო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> <li>• სიგმის რეზექცია დესცენდე-რექტული ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> <li>• რექტოსიგმური ნაწილის მუცელშიდა რეზექცია</li> <li>• კოლინჯის ობსტრუქციული რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით</li> </ul> <p><i>*ოპერაციის შემდეგ ქიმიოთერაპია</i></p>
II A, BB სტადია	<p>ძირითადი გამოკვლევები</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ანამნეზის შეგროვება</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>• სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>• კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> <li>• CEA</li> </ul> <p><i>* დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენების შესაბამისად</i></p>	<p><b>მკურნალობის ტაქტიკა</b></p> <p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრასვერზო-სიგმო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> <li>• სიგმის რეზექცია დესცენდე-რექტული ანასტომოზის ჩამოყალიბებით</li> <li>• რექტოსიგმური ნაწილის მუცელშიდა რეზექცია</li> <li>• კოლინჯის ობსტრუქციული რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით</li> <li>• სიმსივნის მეზობელ ორგანოში ჩაზრდის შემთხვევაში კომბინირებული ოპერაცია</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში რადიკალური მიკულიჩის ოპერაცია</li> <li>• კოლინჯის ობსტრუქციული რეზექცია</li> <li>• განმტკირთავი ორლულიანი კოლოსტომა</li> </ul> <p><i>* ყველა ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია</i></p> <p><i>* ორლულიანი და ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირება და ქიმიოთერაპიის შემდეგ შესაძლებელია რადიკალური და რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის ჩატარება</i></p>
III A, B, C სტადია	ძირითადი გამოკვლევები	მკურნალობის ტაქტიკა

<p>III A (Ti-2NiMo) III B (Ti-4NiMo) III C (ნებისმიერი TN<sub>2</sub>Mo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანამნეზის შეგროვება</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>• სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>• კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> <li>• CEA</li> </ul> <p><i>* დიაგნოსტიკა კლინიკური ჩვენების შესაბამისად</i></p>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომია ტრასვერზო-სიგმო ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, ლიმფადენექტომია</li> <li>• სიგმის რეზექცია დესცენდე-რექტული ანასტომოზის ჩამოყალიბებით, ლიმფადენექტომია</li> <li>• რექტოსიგმური ნაწილის მუცელშიდა რეზექცია, ლიმფადენექტომია</li> <li>• კოლინჯის ობსტრუქციული რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით, ლიმფადენექტომია</li> <li>• პარაორტალური და პარაკვალური ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების არსებობისას, კოლინჯის რეზექცია გაფართოებული ლიმფადენექტომია</li> <li>• სიმსივნის მეზობელ ორგანოში ჩაზრდის შემთხვევაში კომბინირებული ოპერაცია - ლიმფადენექტომია</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში პალიატიური მიკულიჩის ოპერაცია</li> <li>• კოლინჯის ობსტრუქციული რეზექცია</li> <li>• განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა</li> </ul> <p><i>* ყველა ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია</i> <i>* ორლულიანი და ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირება და ქიმიოთერაპიის შემდეგ შესაძლებელია რადიკალური და რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის ჩატარება</i></p>
<p>IV სტადია</p>	<p><b>ძირითადი გამოკვლევები</b></p>	<p><b>მკურნალობის ტაქტიკა</b></p>
<p>ნებისმიერი T, ნებისმიერი N<sub>1</sub>M<sub>1</sub></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანამნეზის შეგროვება</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა</li> <li>• სწორი ნაწლავის თითით გამოკვლევა</li> <li>• კოლონოსკოპია - ბიოფსია</li> <li>• მორფოლოგიური კვლევა</li> <li>• გულმკერდის, მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის კომპიუტერული ტომოგრაფია</li> <li>• ე.კ.გ. თერაპევტის კონსულტაცია</li> <li>• ქალებში გინეკოლოგიური კონსულტაცია</li> <li>• კლინიკური და ბიოქიმიური ანალიზები</li> <li>• გაუვალობის შემთხვევაში მუცლის ღრუს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია</li> <li>• CEA</li> </ul>	<p><b>ქირურგიული:</b></p> <p>კოლინჯის მარცხენა ნახევრის კიბოს დროს ყველაზე ხშირად ღვიძლში ვითარდება სინქრონული და მეტაქრონული შორეული მეტასტაზები. ღვიძლის რეზექციის მოცულობა უნდა განისაზღვროს მეტასტაზების რაოდენობის, ზომის და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ერთეული სინქრონული მეტასტაზების შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს კოლინჯის სიმსივნის ამოკვეთა და ღვიძლის რეზექცია ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაციით რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად.</li> <li>• ღვიძლის ორივე წილში სინქრონული მეტასტაზების არსებობისას შესაძლებელია ციტორედუქციული ოპერაცია - ძირითადი სიმსივნური კერის ამოკვეთა და მეტასტაზურად დაზიანებული ღვიძლის სეგმენტის ან წილის რეზექცია კარის ვენის ან ღვიძლის არტერიის კათეტერიზაციით რეგიონული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად.</li> <li>• ერთეული სინქრონული მეტასტაზების დროს როდესაც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა ღვიძლის რეზექციის შესაძლებლობას არ იძლევა, ტარდება პალიატიური ოპერაცია ძირითადი სიმსივნური კერის ამოკვეთით.</li> <li>• ღვიძლის ორივე წილში მრავლობითი მეტასტაზების არსებობისას რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია ძირითადი სიმსივნური კერის ამოკვეთა და შემდეგ ზოგადი ქიმიოთერაპიის ჩატარება</li> <li>• კოლინჯის კიბოს რადიკალური ოპერაციის შემდეგ ღვიძლში მეტაქრონული მეტასტაზების</li> </ul>

განვითარებისას ქირურგიული ჩარევის ტაქტიკა წყდება მეტასტაზების რაოდენობის, ზომების და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებით

- გაუვალობის შემთხვევაში კეთდება პალიატიური მიკულიჩის ოპერაცია
- კოლინჯის პალიატიური ობსტრუქციული რეზექცია
- განმტვირთავი ორლულიანი კოლოსტომა

*\* ყველა ოპერაციის შემდეგ ტარდება ქიმიოთერაპია*



## რადიაციული (სხივური) თერაპია

- მკურნალობის რადიოთერაპიული კომპონენტი უნდა განხორციელდეს შესაბამისი პროტოკოლის მიხედვით.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული პროექტი შესაძლებელს გახდის:

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

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

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

## 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;	
ექთან	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;	
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
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 ექიმი-ქიმიოთერაპევტი;

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