

# ავთვისებიანი ღიმფომები გავშვთა ასაკში

ჰოჯკინის ღიმფომა (HD)

პროგრამა - GPOH\_HD 2002

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

## ჰოჯკინის ლიმფომა (HD- Hodgkin's Disease)

### 8. დაავადების დეფინიცია

ჰოჯკინის ლიმფომა/ჰოჯკინის დაავადება არის უჯრედების სიმსივნური ზრდა ლიმფოიდურ სისტემაში. ლიმფოიდური ქსოვილი არის მთელ ორგანიზმში რის გამოც სიმსივნური პროცესი შეიძლება აღმოცენდეს სხეულის ნებისმიერ ნაწილში და გავრცელდეს ორგანიზმის ნებისმიერ ქსოვილში.

**სინონიმები:** ჰოჯკინის ლიმფომა (HD), ლიმფოგრანულომატოზი (LG).

### 9. დაავადების სიმპტომები

- ლიმფური კვანძების უმტკივნეულო შეშუპება;
- უცნობი გენეზის გახანგრძლივებული ცხელება;
- ღამის ძლიერი ოფლიანობა;
- ქავილი.

### 10. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები

#### 3.1. ინიციალური დიაგნოზის დადგენა:

- პაციენტის ფიზიკალური გამოკვლევა და ანამნეზის შეგროვება;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია;
- ლიმფური კვანძის ბიოფსია – ჰისტოლოგიური დიაგნოზი;
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ერთროციტების დალექვის რეაქცია;
- ღვიძლისა და თირკმლის ფუნქციების შესწავლა (ალბუმინის ჩათვლით).

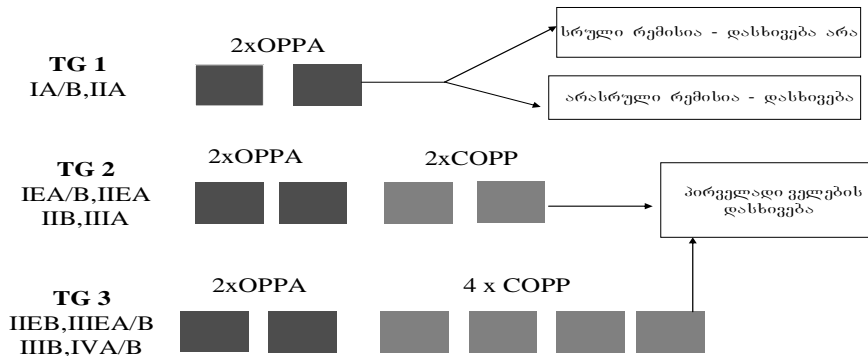
#### 3.2. ინიციალური სტადირების განსაზრვრისთვის საჭირო რადიოლოგიური კვლევები:

- ვაღდეიერის რგოლის, კისრის, სუბკლავიკულარული, აქსილარული, მედიასტინალური, პარატრაქეალური, აბდომინალური და საზარდულის ლიმფური კვანძების კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT) ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (MRI);
- გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT);
- ჩონჩხის სცინტიგრაფია (საჭიროების შემთხვევაში);
- ძვლის ტვინის ასპირაცია და ბიოფსია (ჩვენება – დაავადების 11 სტადია);
- სელექტიური ლაპარასკოპია (იშვიათ შემთხვევაში).

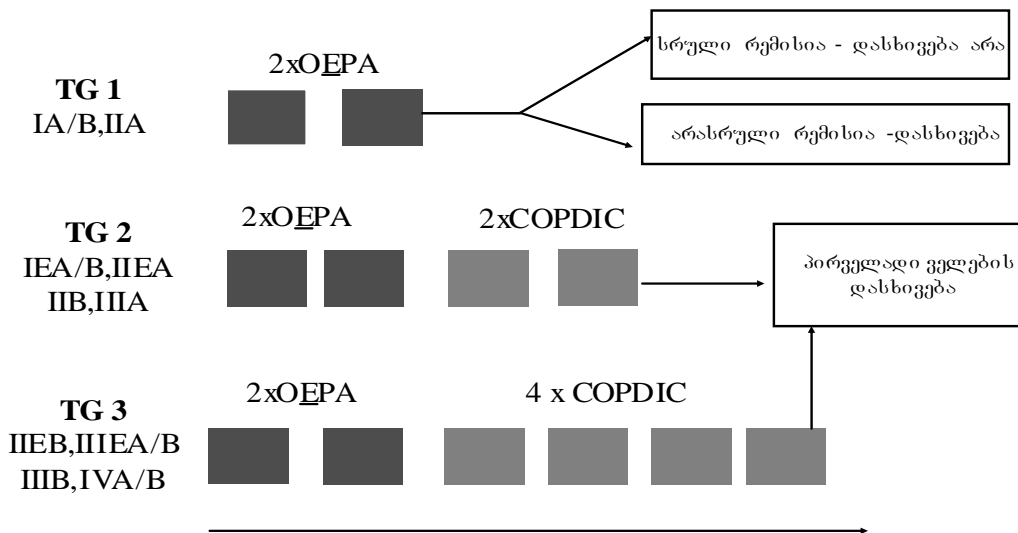
# 11. ბავშვთა ასაკის ჰოჯკინის ლიმფომების ოპტიმალური მკურნალობის სქემა

## GPOH\_HD 2002 პროგრამა

### 4.1. მკურნალობის პროგრამა გოგონებისთვის:



### 4.2. მკურნალობის პროგრამა ბიჭებისთვის



### 4.3. თერაპიული ჯგუფებიში განაწილება

- პირველი თერაპიული ჯგუფი: I A/B და IIA
- მეორე თერაპიული ჯგუფი: I EA/B, II EA, IIB ან IIIA
- მესამე თერაპიული ჯგუფი: II EB, III EA/B ან IVA/B

## 12. ქიმიოთერაპიის გვერდითი მოვლენები

ქიმიოთერაპიის ზოგადი გვერდითი მოვლენებია: გულისრევა, ღებინება, წონაში კლება, თმის ცვენა და მეორადი სიმსივნის განვითარების რისკი.

დამხმარე თერაპია, რომელიც მოიცავს ინფექციების პროფილაქტიკას, ნეიტროპენიულ ცხელებას, დადასტურებული ინფექციების მართვას, ღებინებისა და ტკივილის მენეჯმენტს, იდენტურია მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიის დამხმარე თერაპიისა. იხილეთ მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიის მკურნალობის პროტოკოლი.

## 13. სხივური თერაპია

**6.1. სხივური თერაპიის დაწყება** – ბოლო ქიმიოთერაპიული რეჟიმის დამთავრებიდან 3 კვირის შემდეგ.

### 6.2. ჩვენებები და დოზირება

1. პაციენტები, რომლებიც განეკუთვნებიან პირველ თერაპიულ ჯგუფს სრული რემისიის შემთხვევაში არ სხივდებიან.
2. პაციენტები, რომლებიც განეკუთვნებიან პირველ თერაპიულ ჯგუფს არასრული რემისიის შემთხვევაში სხივდებიან დოზით 20 გრეი.
3. პაციენტები, რომლებიც განეკუთვნებიან მეორე და მესამე თერაპიულ ჯგუფს სრული რემისიის შემთხვევაში სხივდებიან დოზით 20 გრეი.
4. ყველა პაციენტი, რომელთა ნარჩენი მასა, საწყისთან შედარებით 25% მეტია, ანუ 75% ისევ რჩება, სხივდებიან დოზით 30 გრეი.
5. ყველა პაციენტი, რომელთა ნარჩენი მასა >75%-ზე სხივდებიან დოზით 35 გრეი.
6. დაზიანებული ექსტრალიმფოიდური ორგანოები (ძვლის ტვინის გამოკლებით), ექვემდებარებიან სხივურ თერაპიას, დოზით 12 – 15 გრეი.
7. სხივური თერაპია ტარდება ფრაქციულად და დღიური დოზა არის 1,8 გრეი, გამონაკლისს წარმოადგენს ფილტვები და ამ შემთხვევაში დღიური დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 1-1,2 გრეის.
8. რეციდივის შემთხვევაში საყურადღებოა პირველადი დოზა. განმეორებითი თერაპიის სუმარული დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 40 გრეის.

### 6.3. სსიფური თერაპიის პრინციპები

აუცილებელია სსიფური თერაპია ჩატარდეს პირველადი დაგეგმარებით და სსიფური აქსელერატორის გამოყენებით, რაც მიზნად ისახავს ჯანმრთელი ქსოვილების მაქსიმალურ დაცვას სსიფების მავნე მოქმედებისგან და სამიზნე ქსოვილების ეფექტურ დასსიფებას.

ტექნიკური პროცესების სრულ დაცვაზე პასუხისმგებელია რადიოთერაპევტი.

**6.4. ველები** – მკაცრად არის განსაზღვრული პროტოკოლის მიხედვით და მაქსიმალურად მოიცავს მხოლოდ ინიციალურად დაზიანებულ ლიმფურ კვანძებს და ექსტრალიმფურ ორგანოებს. ველების შერჩევა, დაგეგმარება და პირობითი სქემის შემოსაზება ხდება რადიოლოგთა, ონკოლოგთა და რადიოთერაპევტთა ერთობლივი გადაწყვეტილებით.

## 14. მკურნალობის პროგრესი და რეგრესი

### 7.1. მკურნალობის პროგრესი

#### 7.1.1. სრული რემისია (CR):

- დაავადების ყველა სიმპტომი აღაგებულია;
- არ არის ახალი ლიმფური თუ ექსტრალიმფური რეგიონები დაზიანებული;
- განადგურებულია პირველადი სიმსივნური მასის 95%-ზე >, ნარჩენი მასა < 2სმ-ზე

#### 7.1.2. დაუდასტურებული სრული რემისია:

- დაავადების ყველა სიმპტომი აღაგებულია;
- არ არის ახალი ლიმფური თუ ექსტრალიმფური რეგიონები დაზიანებული;
- განადგურებულია პირველადი სიმსივნური მასის 75%-ზე >, მაგრამ < 95% ნარჩენი მასა < 2სმ-ზე

#### 7.1.3. პარციალური რემისია

- არ არის სრული რემისია ან სრული რემისიის დადასტურება ვერ ხერხდება;
- არ შეინიშნება დაავადების პროგრესი;

*შენიშვნა - ანტი-რეციდიული თერაპიის ჩატარება ნაჩვენებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა დადასტურებულია დაავადების პროგრესი ან რეციდივი.*

### 7.2. მკურნალობის რეგრესი

#### 7.2.1. რეციდივი:

- ძალიან ადრეული - თერაპიის დასრულებიდან სამ თვეში განვითარებული;
- ადრეული - თერაპიის დასრულებიდან სამი თვიდან თორმეტ თვემდე განვითარებული;

- მოგვინებითი - თერაპიის დასრულებიდან თორმეტ თვის შემდეგ განვითარებული.

## 7.2.2. თერაპია იმ პაციენტებისთვის, ვისთანაც სტანდარტული მკურნალობა იყო არაეფექტური - გამოიხატა დაავადების პროგრესირება

მკურნალობა იწყება კვლავ ქიმიოთერაპიით. გამოიყენება IEP/ABVD კურსები COPP და ChICEP რეჟიმებთან ერთად. პაციენტების ამ ჯგუფისთვის ბლოკების რაოდენობა წინასწარ არ არის მკაცრად განსაზღვრული და დამოკიდებულია პასუხზე: თუ პაციენტს აღენიშნება კარგი პასუხი პირველ IEP/ABVD თერაპიაზე, ქიმიოთერაპია სრულდება სხივური თერაპიით. ცუდი პასუხის შემთხვევაში ემატება COPP და ChICEP თერაპია შემდგომი დასხივებით;

## 7.2.3. რეციდივის საწინააღმდეგო სქემები

### • IEP=Ifosfamide/Etoposide/Prednisone

1. **Ifosfamide** 2000მგ/მ2 24 საათის განმავლობაში+მესხა 1-5 დღე
2. **Etoposide** 125მგ/მ2 ი.ვ. 2 საათის განმავლობაში 1-5 დღე
3. **Prednisone** 100მგ/მ2 პ.ო. სამ მიღებაზე. 1-5 დღე

### • ABVD=Adriamicyn/Dacarbazine/Bleomycin/Vinblastine

1. **Adriamicyn** 25მგ/მ2 ი.ვ. 2საათის განმავლობაში 1+15 დღე
2. **Dacarbazine** 375მგ/მ2 ი.ვ. 2საათის განმავლობაში 1+15 დღე
3. **bleomycin** 10მგ/მ2 ი.ვ. ნელი ნაკადით 1+15 დღე
4. **Vinblastine** 6მგ/მ2 ი.ვ. ნელი ნაკადით 1+15 დღე

### • ChICEP=CCNU/Etoposide/Prednisone/Chlorambucil

1. **CCNU** 80მგ/მ2 პ.ო. 1 დღე
2. **Etoposide** 100მგ/მ2 პ.ო. 1-5 დღე
3. **Prednisone** 40მგ/მ2 პ.ო. 1-5 დღე
4. **Chlorambucil** 6მგ/მ2 პ.ო. 1-5 დღე

## 7.2.4. რეციდივის მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევას გათვალისწინებულია ინიციალური დიაგნოზის დროს თერაპიული ჯგუფები

რეციდივის საწინააღმდეგო თერაპია პაციენტებში რომლებიც:

### 1. მიეკუთვნებოდნენ პირველ თერაპიულ ჯგუფს:

- პაციენტები, რომელთაც ინიციალურად არ ჩაუტარდათ სხივური თერაპია უნდა მიიღონ: IEP- ABVD- COPP-(IEP?) + დაზიანებული ველების დასხივება დოზით 25-30 გრეი.
- პაციენტები, რომელმაც ინიციალურად მიიღეს დაზიანებული ველების რადიოთერაპია 20 გრეით და განუვითრდა რეციდივი უკვე დასხივებული ან ახალი ველების კომბინაციით: IEP- ABVD- COPP-IEP + დასხივება 20-25 გრეი დასხივებული და 25-30 ახალი ველებისათვის.
- პაციენტები, რომელთაც განუვითარდათ უკვე 20 გრეიზე მეტი დოზით დასხივებული ან დაუსხივებელი რეგიონებით უტრდებათ: IEP- ABVD- COPP-IEP –ABVD – COPP + სხივური თერაპია 10- 15 გრეი უკვე დასხივებული და 25-30 გრეით დაუსხივებელი ველების.

### 2. მიეკუთვნებოდნენ მეორე და მესამე თერაპიულ ჯგუფებს:

- პაციენტები რომელთაც განუვითარდათ რეციდივი ახალი დაუსხივებელ რეგიონებში უტარდებათ: IEP - ABVD - IEP –ABVD – (IEP?) + რადიოთერაპია დოზით 25-30გრეი.
- პაციენტები, რომელთაც განუვითარდათ უკვე 20 გრეით დასხივებული ან დაუსხივებელი რეგიონებში უტრდებათ: IEP- ABVD- IEP- ABVD - IEP + სხივური თერაპია 20-25 გრეი უკვე დასხივებული და 25-30 გრეით დაუსხივებელი ველების.
- პაციენტები, რომელთაც განუვითარდათ უკვე 20 გრეიზე მეტი დოზით დასხივებულ ან დაუსხივებელ რეგიონებში უტრდებათ: IEP- ABVD- -IEP – ABVD – IEP + სხივური თერაპია 10- 15 გრეი უკვე დასხივებული და 25-30 გრეით დაუსხივებელი ველების.

პაციენტებს, რომლებსაც ანტირეციდიულ თერაპიაზე აღენიშნებათ სიმსივნის ნელი ან არაეფექტური რეგრესი შექლებისდაგვარად ეზრდებათ სხივური თერაპიის დოზა თუ ეს შესაძლებელია (სხივური თერაპიის სუმარული დოზა არ უნდა იყოს 45 Gr- ზე >) და დამატებით უტარდებათ ქიმიოთერაპიული კურსი: ChICEP.

## 8. სხივური თერაპიის სქემა

### ლიმფური კვანძების რეგიონები

ვალდეიერის  
რგოლი

კისრის,  
ლავიწზედა

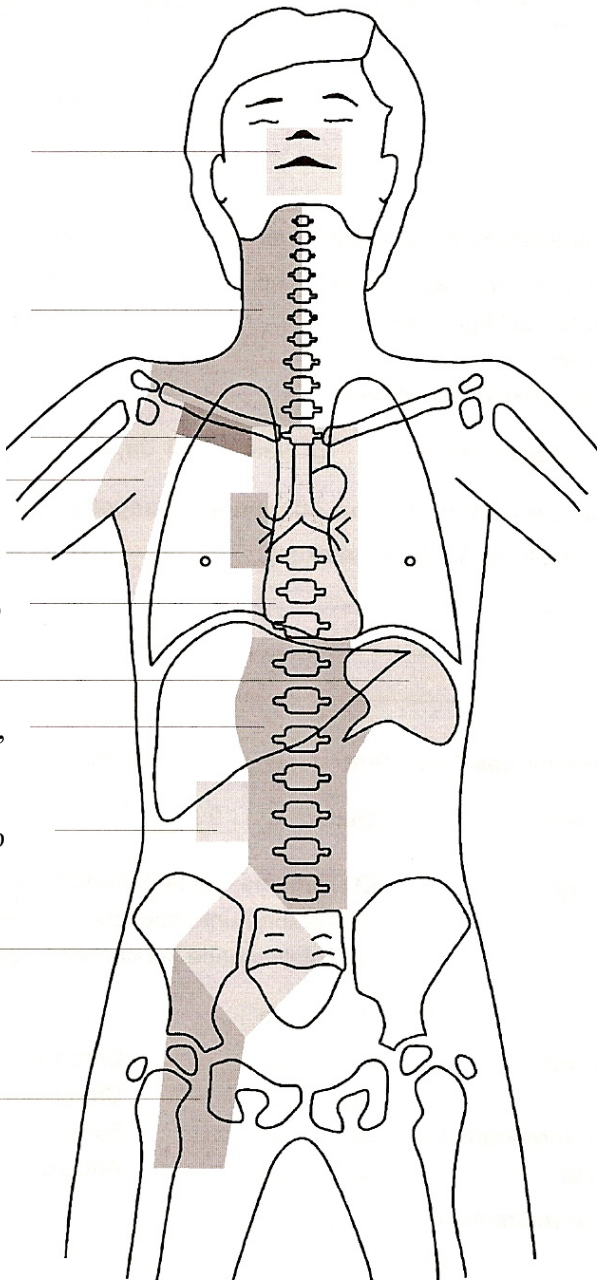
ლავიწკეშა  
აქსილარული,  
პიქტორული  
კარის

მედიასტინალური

ელენთა  
აოაოტალური,  
ელენთის კარი,  
ოიბოის კარი  
მეზენტერიალური

ილიაკალური

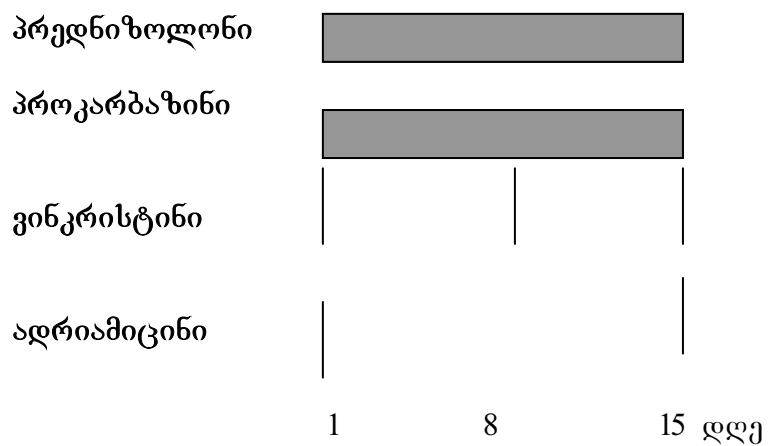
საზარდულის,  
ბარდაყის



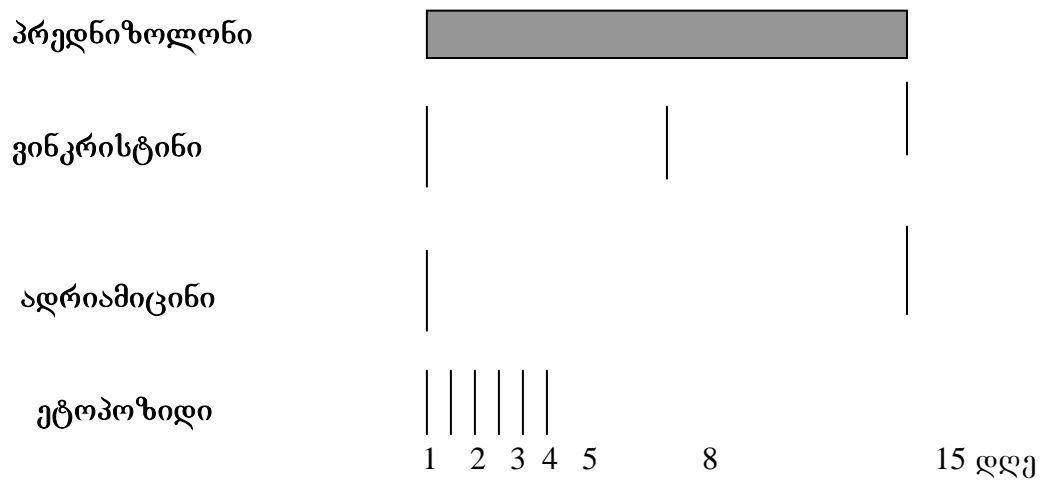


## 9. სამკურნალო სქემები

### 9.1. კურსი OPPA




### 9.2 კურსი OEPA



### 9.3. კურსი COPP

პრედნიზოლონი 

პროკარბაზინი 

ვინკრისტინი | |

ციკლოფოსფამიდი | |

მესნა + +

1 8 15 დღე

### 9.4. კურსი COPDIC

პრედნიზოლონი 

დაკარბაზინი | | |

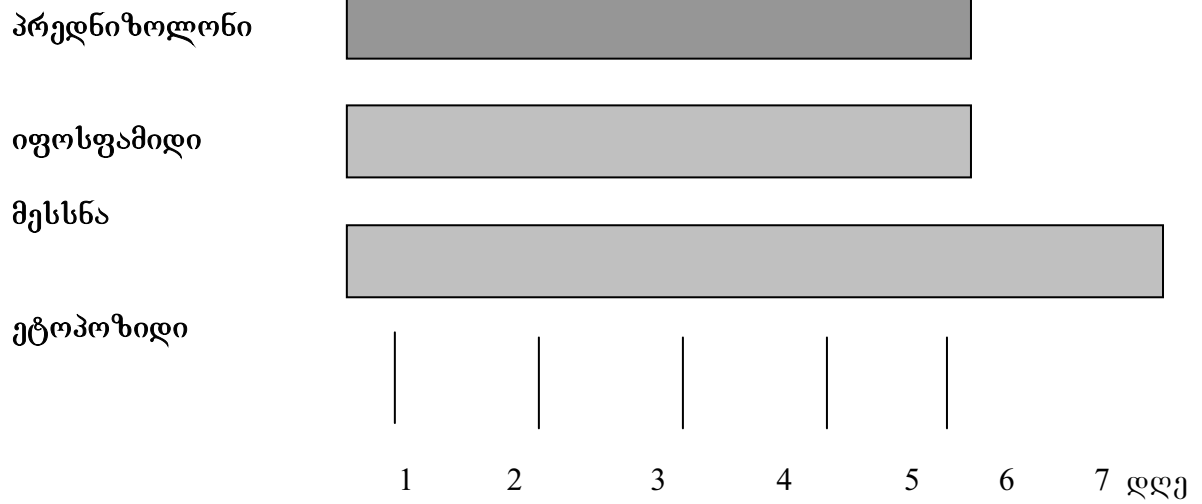
ვინკრისტინი | |

ციკლოფოსფამიდი | |

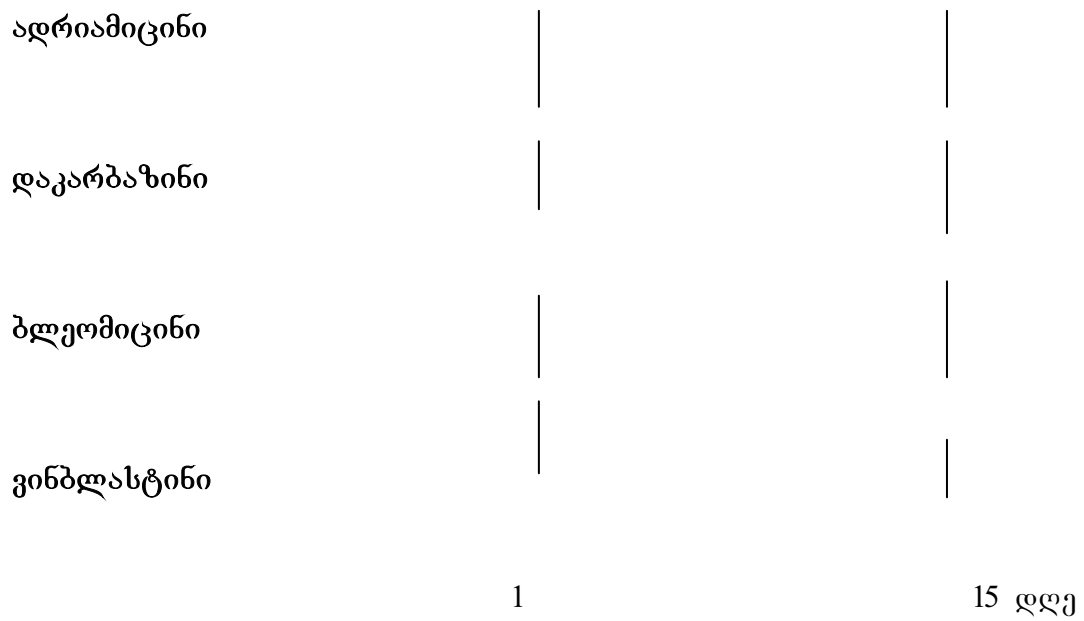
მესნა + +

1 8 15 დღე

### 9.5 კურსი IEP



### 9.6 კურსი ABVD



### 9.7. კურსი ChICEP



**10. პაციენტთა მეთვალყურეობა და კვლევები მკურნალობის დასრულების შემდეგ**

კვლევები	მკურნალობის დამთავრებიდან		
	1-2 წელი	3-4 წელი	5-10 წელი
1. სისხლის საერთო ანალიზი; 2. გულმკერდის რენტგენოგრაფია; 3. მუცლი ღრუს ექოსკოპია	ყოველ 3 თვეში	ყოველ 6 თვეში	ყოველწლიურად
გულმკერდის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია მკ/ექოკარდიოგრაფია	ყოველ 6 თვეში	ყოველწლიურად	განსაკუთრებულ შემთხვევებში
TBG, TSH, T4	ყოველწლიურად		
ტესტოსტერონი ესტრადიოლი მალუთინიზირებელი ჰორმონი LH-RH-Test	ბიჭებში 16-20 წლის ასაკში წელიწადში ერთხელ; გოგონებში ამენორეის დროს, არა უგვიანეს 15 წლის ასაკისა		

**11. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – ავთვისებიანი ლიმფომების მკურნალობა ბავშვთა ასაკში - ჰოჯკინის ლიმფომა (HD)**

პროტოკოლი დაფუძნებულია ბავშვთა ასაკის ჰოჯკინის ლიმფომის მულტიცენტრული თერაპიულ ოქმზე - GPOH\_HD 2002

**12. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი –**

პროტოკოლის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ადექვატური ინტელექტუალური და მატერიალური რესურსები და შესაბამისი ინფრასტრუქტურა.

რეკომენდებულია პროგრამული ქიმიოთერაპიული მკურნალობა ჩაატაროს ექიმმა-პედიატრმა, რომელსაც გააჩნია ლიცენზია სპეციალობით – ჰემატოლოგია და/ან ონკოლოგია.

პროგრამული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად საჭიროა შემდეგი მოთხოვნები:

1. ბავშვთა მრავალპროფილიანი საავადმყოფო, რათა შესაძლებელი იყოს პაციენტების მულტიდისციპლინარული (გუნდური) მართვა;
2. სპეციალიზირებული აპარატურით აღჭურვილი ლაბორატორიები და გაზური ანალიზატორი;

3. საჭიროების შემთხვევაში კრიტიკული სამედიცინო სერვისისა და დიალიზის უზრუნველყოფა;
4. სასიცოცხლო ფუნქციების მაკონტროლებელი მონიტორები, პერფუზორები, ინფუზომატები;
5. სტაციონარში დამონტაჟებული ამწოვი კარადა - მაღალდოზირებული ქიმიოპრეპარატების მოსამზადებლად.

პროგრამული ქიმიოთერაპიული მეურნალობის ჩასატარებლად საჭიროა შესაბამისი ინფრასტრუქტურა – სტერილური ოთახი მაღალდოზირებული მეტოტრექსატის გადასხმის მომზადებისათვის (მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემია), ამბულატორია-დღის სტაციონარი, სისხლის ბანკი.