

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при белодробен карцином.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при белодробен карцином е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при белодробен карцином по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3133/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Белодробен карцином

Дијагноза и третман на белодробен карцином

Објавено: април 2011 год.

NICE клинички упатства 121
guidance.nice.org.uk/cg121

Содржина

Вовед	1
Институционална грижа за пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Упатство	6
1.1 Достапност до услуги и упатување	6
1.2 Комуникација	7
1.3 Дијагноза и стејџинг	8
1.4 Третман	12
1.5 Палијативни интервенции и супортивна и палијативна нега	18
1.6 Следење и перспективи на пациентот	20
2. Белешки за делокругот на прирачникот	21
3. Имплементација	22
4.1 Селекција на пациенти со NSCLC за третман со куративна цел	23
4.2 Ефективност на хирургија со или без мултимодалитетен третман во N2 стадиум	23
4.3 Пулмонална рехабилитација, оптимизација на медикаментозен третман и засилени програми за закрепнување	23
4.4 Нови режими за радиотерапија со куративна цел	24
4.5 Модалитети на снимања за следење на одговорот и рекурентноста на болеста	24
5. Други верзии на овој прирачник	25
5.1 Комплетен прирачник	25
5.2 NICE патека	25
5.3 Информација за јавноста	25
6. NICE поврзан прирачник	26
7. Дополнување на прирачникот	27
Прилог А: Група за развој на упатството, Национален колаборативен центар и NICE проектен тим	28
Група за развој на упатството (20 члена во 2011 год., 25 члена во 2005 год.)	28
Национален колаборационен центар за рак (8 члена)	28
NICE проектен тим (6 члена)	28
Прилог Б: Панел за ревизија на упатството	29
2011 Панел за ревизија на прирачникот (3 члена)	29
2005 Панел за ревизија на прирачникот (5 члена)	29
Прилог Ц: Алгоритми	30
За овие упатства	31

Вовед

Овој прирачник е проширен и ги заменува NICE клиничките упатства (објавени во февруари 2005 год.).

Постојат повеќе од 39,000 нови случаи на белодробен карцином во Обединетото Кралство(ОК) секоја година и повеќе од 35,000 луѓе умираат од оваа состојба, повеќе отколку од карцином на дојка и колоректален карцином, комбинирани заедно. Белодробниот карцином сега е водечка причина за смрт од канцер кај жените.

Околу 90% од белодробните карциноми се предизвикани од пушење. Бидејќи сега помалку пушат мажите, смртта од белодробен карцином кај мажите е намалена повеќе од една четвртина во ОК (27% редукција помеѓу 1971год. и 2006 год.). Како и да е, бројот на жени коишто пушат е зголемен и смртта од белодробен карцином кај жените е зголемена.

Само околу 5,5% од белодробните карциноми се во моментов излечени. Иако стапката на излекување се зголемува пополека, стапката на подобрување е побавна во споредба со другите вообичаени карциноми. Исходите во ОК се положи отколку оние во некои европски држави и во Северна Америка. Постои податок дека исходите варираат во ОК, што, меѓу другите фактори, може да се објасни со варијации во стандардот на грижа.

Проширениот прирачник обезбедува упатства за добра практика во дијагнозата и третманот на неситноклеточниот (NSCLC) и ситноклеточниот белодробен карцином (SCLC).

Промени во ова дополнување

Нови и проширени упатства се вклучени за комуникација, дијагноза и стејџинг, селекција на пациенти со неситноклеточниот (NSCLC) белодробен карцином за третман со куративна намера, операција со куративна намера за NSCLC, одвикнување од пушење, комбиниран третман за NSCLC, третман за ситноклеточниот белодробен карцином(SCLC), менаџирање на ендобронхијална опструкција, менаџирање на мозочни метастази и следење и перспективи на пациентот.

Препораките се маркирани како **[2005]**, **[2011]** или **[нови 2011]**.

- **[2005]** индицира дека доказот не е проширен и ревидиран од 2005 година.
- **[2011]** индицира дека доказот не е ревидиран, но не се направени промени во однос на препораката.
- **[нови 2011]** индицира дека доказот е ревидиран и препораката е додадена или проширена.

Од публикацијата на NICE клиничкиот прирачник 24 во 2005 година, одреден број на нови системски терапии се добиваат со маркетинг одобрување од Европската агенција за лекови за употреба кај луѓе со NSCLC. NICE имаат објавено технолошки

упатства за pemetrexed, gefitinib и erlotinib. Други технолошки упатства се сèуште во развој.

NHS, исто така, има дадено одобрување за ревизија на прволиниската терапија за NSCLC низ NIHR Програмата за проценка на здравствената технологија. Оваа ревизија требало да биде објавена во 2011 година.

Институционална грижа за пациентот

Овој прирачник нуди најдобар совет за практикурање на грижа за возрасни со белодробен карцином.

Третманот и грижата би требало да ги земат во предвид потребите и препораките на пациентите. Луѓето со белодробен карцином би требало да ја имаат можноста за донесување на информирани одлуки за нивната грижа и третман, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Доколку пациентите го немаат капацитетот за донесување одлуки, здравствените професионалци би требало да го следат Одделот за здравствено советување за согласност и зборникот за практикурање кој го дополнува Актот на ментален капацитет. Во Велс, здравствените работници би требало да го следат советот на согласност од велшката влада.

Добрата комуникација помеѓу здравствените професионалци и пациентите е есенцијална. Би требало да биде поддржана од пишана информација, базирана на доказ, акомодирана на потребите на пациентите. Третманот и грижата и информацијата којашто е дадена на пациентите, би требало да бидат културолошки соодветни. Би требало, исто така, да биде достапна до луѓе со дополнителни потреби, како физички, сензорни или луѓе со тешкотии за учење и за луѓе кои не говорат или читаат англиски.

Доколку пациентот се согласува, семејството и блиските би требало да ја имаат можноста да бидат вклучени во одлучувањето на третманот и грижата.

Семејството и блиските, исто така, би требало да ја имаат информацијата и поддршката којашто им е потребна.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве упатства се посочени како приоритети за имплементација.

Важноста на рано дијагностицирање

Јавноста треба да биде подобро информирана за симптомите и знаците коишто се карактеристични за белодробниот карцином, низ координирана кампања за подигнување на свеста. [2005]

Комуникација

Треба да се обезбеди достапноста на клиничка медицинска сестра, специјализирана за белодробен карцином во сите стадиуми на грижа за поддршка на пациентите и на блиските. [нови 2011]

Дијагноза и стејџинг

Треба да се изберат истражувања коишто даваат најмногу информации за дијагнозата и за стејџингот со најмал ризик за пациентот. Размислувајте внимателно пред изведбата на тест којшто дава само дијагностичка патологија кога информација за стејџингот е исто така потребна за водење на третманот. [нови 2011]

Понуди ПЕТ-КТ, или ЕБУС-водена ТБНА, или ЕУС-водена ФНА, или нон-ултразвук-водена ТБНА како прв тест за пациенти со средна веројатност за медијастинална малигност (лимфни јазли помеѓу 10 и 20мм максимум на кусата оска на КТ) кои се потенцијално соодветни за третман со куративна намера. [нови 2011]

Хирургија со куративна цел за крупноклеточен белодробен карцином

Треба да се понуди на пациентите со NSCLC коишто се медицински соодветни со куративна цел, лобектомија (отворена или торакоскопска) како третман на прв избор. За пациентите со гранична кондиција и помали тумори (T1a-b, N0, M0), треба да се земат во предвид операција со поштеда на белодробниот паренхим (сегментектомија или клинеста ресекција), доколку комплетна ресекција не може да биде постигната. [нови 2011]

Радиотерапија со куративна цел за крупноклеточен белодробен карцином

Радикална радиотерапија е индицирана за пациенти со стадиум I, II или III NSCLC коишто имаат добар перформанс статус (WHO 0, 1) и чијашто болест може да биде вклучена во радиотераписки третман волумен без преголем ризик за оштетување на нормалното ткиво. [2005]

Комбиниран третман за крупноклеточен белодробен карцином

Треба да се обезбеди проценка на сите пациенти, потенцијално соодветни за мултимодалитетен третман (операција, радиотерапија и хемотерапија во која било комбинација), од страна на торакален онколог и торакален хирург. [нови 2011]

Проценка на пациенти со ситноклеточен белодробен карцином

Треба да се обезбеди проценка за сите пациенти со ситноклеточен белодробен карцином (SCLC) од страна на торакален онколог во текот од 1 недела одлучување за третмански предлог. **[нови 2011]**

Менаџирање на ендобронхијална опструкција

Секој центар за канцер би требало да обезбеди брз пристап на пациентите до тим којшто е способен за обезбедување на интервентни ендобронхијални третмани. **[нови 2011]**

Следење и перспективи на пациентите

Треба да се понуди на сите пациенти следење од страна на специјалист, состанок во текот на 6 недели по комплетирањето на третманот за формулирање на понатамошната грижа. Потоа треба да се понудат регуларни состаноци, отколку да се потпреме на барањето на пациентите за состанок кога веќе се презентираат со симптоми. **[нови 2011]**

ГДГ сугерира дека радиотерапевтските техники имаат значајна предност од 2005 год. препораките и центрите би требало разумно да ги препорачуваат овие техники (вклучително СБРТ и 4-Д планирање) на пациентите. Овие третмани имаат предност во редуцирањето на ризикот од оштетување на нормалното ткиво (проценето со употреба на мерења како V20).

1. Упатство

Следниов прирачник е базиран на најдобро достапните докази. Комплетниот прирачник дава детали за методите и за доказите, употребени за развој на прирачникот.

Некои од абривациите, употребени во овој прирачник, се дефинирани подолу.

ЕБУС- ендобронхијален ултразвук

ЕУС- ендоскопски ултразвук

ФНА- тенок иглена аспирација

ТБНА- трансbronхијална иглена аспирација.

1.1 Достапност до услуги и упатување

Важноста на рано дијагностицирање

1.1.1 Јавноста треба да биде подобро информирана за симптомите и за знаците коишто се карактеристични за белодробен карцином, низ координирана кампања за подигнување на свеста. **[2005]**

Упатување и индикации за торакална радиографија

1.1.2 Ургентно упатување на торакално X-снимање би требало да биде обезбедено кога пациент се презентира со:

- Хемоптизии.
- Кој било од следните необјасниви или **перзистентни** (оние коишто траат повеќе од 3 недели) симптоми или знаци:
- Кашлица.
- Градна/или болка во рамениот појас.
- Диспнеја.
- Загуба на телесна тежина.
- Знаци на градниот кош.
- Засипнатост.
- Барабанести прсти.
- Карактеристики кои сугерираат метастази од белодробен карцином (на пример, во мозок, коска, црн дроб или кожа).
- Цервикална/супраклавикуларна лимфаденопатија. **[2005]**

1.1.3 Доколку рендгенографија или градна компјутерска томографија (КТ) сугерира белодробен карцином(вклучително плеврална ефузија и консолидација која бавно се санира), на пациентите би требало да им се понуди ургентно упатување до член на мултидисциплинарниот тим за белодробен карцином (МДТ), вообичаено до пулмолог. **[2005]**

1.1.4 Доколку рендгенографијата е нормална, но постои висока сомнителност за белоробен карцином, на пациентите би требало да им се понуди ургентно

упатување до член на МДТ за белодробен карцином, вообичаено до пулмолог. **[2005]**

- 1.1.5 Пушачи/поранешни пушачи, постари од 40 години со перзистентни хемоптизии, би требало ургентно да се упатат до член на МДТ за белодробен карцином, вообичаено до пулмолог, додека се чекаат резултатите од X-снимањето.

На пациентите би требало да им се понуди итно упатување до член на МДТ за белодробен карцином, вообичаено до пулмолог, додека се чекаат резултатите од X-снимањето, доколку што било од следново е присутно:

- Знаци за опструкција на вена кава супериор (отекување на лицето/вратот со фиксирано зголемување на југуларниот венски притисок).
- Стридор.**[2005]**

- 1.1.6 Доколку рендген снимка е назначено во примарно или во секундарно ниво и инцидентно сугерира белодробен карцином, втора копија од извештајот на радиологот би требало да биде пратена до истакнат член на МДТ за белодробен карцином, вообичаено до пулмолог. МДТ би требало да има механизам за следење на овие извештаи за да овозможат матичниот доктор на пациентот да има план за менаџирање. **[2005]**

1.2 Комуникација

- 1.2.1 Дознајте што пациентот знае за неговата состојба без правење на претпоставки за нивото на знаење. Обезбедете им ја можноста на пациентите да дискутираат за тестови и третмански опции во приватно опкружување, со поддршката на блиските и време за донесување на добра одлука. **[нови 2011]**

- 1.2.2 Треба да се обезбеди достапноста на клиничка медицинска сестра, специјализирана за белодробен карцином во сите стадиуми на грижа за поддршка на пациентите и на блиските. **[нови 2011]**

- 1.2.3 Обезбедете прецизни и лесно разбирливи информации за пациентите и за нивните блиски. Објаснете ги тестовите и третманските опции, вклучително потенцијалните придобивки на преживување, несаканите ефекти и ефектите на симптомите. **[нови 2011]**

- 1.2.4 Обезбедете соодветна помош за донесување одлуки на пациентите по прашање на:

- Разбирање на можниот исход на третманските опции.
- Земајќи ја во предвид персоналната корист којашто ја посочуваат на бенефитите, наспроти негативните ефекти од третманските опции.
- Чувството на поддршка во донесувањето на одлуките.
- Движењето низ потребните чекори кон донесување на одлука.
- Имаат учество во одлучувањето за нивното здравје. **[нови 2011]**

- 1.2.5 Предложете на пациентите копија од сите дискусии коишто сте ги имале со нив и копија од секоја преписка со други здравствени професионални работници.

Овозможете сите комуникации да се плодни во насока на подобро разбирање. [**нови 2011**]

- 1.2.6 Почитувајте го изборот на пациентот, доколку не сака да дискутира за идни прашања. [**нови 2011**]
- 1.2.7 Избегнувајте соопштување на неочекувани лоши вести на пациентот преку писмо. Соопштувајте неочекувани лоши вести по телефон само во исклучителни околности. [**нови 2011**]
- 1.2.8 Предложете дискусија за терминална грижа со пациентот чувствително и кога е соодветно. Кога е возможно, избегнувајте одолговлекување на дискусијата до терминалните стадиуми на болеста. [**нови 2011**]
- 1.2.9 Документирајте ја дискусијата со пациентот околу терминалната грижа. Особено, документирајте:
- Специфични грижи на пациентот.
 - Нивното разбирање за нивната болест и нејзината прогноза.
 - Важни проценки или персонални цели за грижа.
 - Нивните упатства за типови на грижа или третман коишто можат да придонесат во иднина и нивната достапност. [**нови 2011**]
- 1.2.10 Споделете информации помеѓу здравствените професионални работници околу:
- Какви било проблеми на пациентот.
 - Планот за менаџирање.
 - Што му било соопштено на пациентот.
 - Што пациентот разбрал(каде е возможно).
 - Ангажирањето на други центри.
 - Која било одлука, донесена од страна на пациентот. [**нови 2011**]

1.3 Дијагноза и стејџинг

Ефективност на дијагностички и стејџинг испитувања

- 1.3.1 Цитологија на спутумот е ретко индицирана и би требало да биде резервирана за иследување на пациенти коишто имаат централно поставени нодули или маси и коишто не се во можност да толерираат или не сакаат да бидат подложени на бронхоскопија или на други инвазивни тестови. [2005]
- 1.3.2 На пациентите со познат или суспектен белодробен карцином, би требало да им биде понуден контрастно-засилен КТ скен на градниот кош за понатамошна дијагноза и стејџирање на болеста. Скенот би требало исто така да го вклучи црниот дроб и супрареналните жлезди. [2005]
- 1.3.3 Во проценката на медијастиналната и инвазијата на торакалниот сид:
- Само КТ скен може да не е доволно.
 - Други техники, како ултразвук, би требало да бидат земени во предвид кога постои сомнеж.

- Хируршка проценка може да биде неопходна доколку нема контраиндикации за ресекција. **[2005]**
- 1.3.4 Овозможете им на сите пациенти коишто се потенцијално соодветни за третман со куративна цел да им се понуди ПЕТ-КТ пред третманот. **[нови 2011]**
- 1.3.5 Секој центар за канцер би требало да има систем за брз пристап до ПЕТ-КТ скенирање за соодветни пациенти.
- 1.3.6 Нуклеарна магнетна резонанца (МРИ) не би требало рутински да се користи за проценка на стадиумот на примарниот тумор (Т-стадиум) кај NSCLC. **[2005]**
- 1.3.7 MRI би требало да спроведе, кога е неопходно, да се процени проширеноста на болеста, за пациенти со супериорни сулкус тумори. **[2005]**
- 1.3.8 Предложете ЕБУС- водена ТБНА за биопсија на паратрахеални и перибронхијални интрапаренхимни белодробни лезии. **[нови 2011]**
- 1.3.9 Секој центар за канцер би требало да има барем еден центар со ЕБУС и/или ЕУС за да добие заштеда на време. **[нови 2011]**
- 1.3.10 Локален тест перформанс на нон-ултразвук-водена ТБНА, ЕБУС и ЕУС-водена ФНА би требало да бидат предмет на проценка. **[нови 2011]**
- 1.3.11 Овозможете адекватни примероци да бидат земени без неприфатлив ризик за пациентот и да дозволуваат патолошко дијагностицирање, вклучително одредување на туморскиот суптип и мерење на предиктивни маркери. **[нови 2011]**

Редослед на испитувања

- 1.3.12 Одберете испитувања коишто даваат најповеќе информации околу дијагнозата и стејџингот со најмал ризик за пациентот. Размислете внимателно пред изведување на тест којшто дава само патолошка дијагностика кога информација за стејџингот е исто така потребна за водење на третманот. **[нови 2011]**
- 1.3.13 КТ на градниот кош би требало да биде изведен пред:
- Планирана фиброоптичка бронхоскопија.
 - Која било друга процедура за биопсија. **[2005]**

Периферен примарен тумор

- 1.3.14 Предложете КТ- или ултразвук-водена трансторакална иглена биопсија на пациенти со периферни белоробни лезии кога третманот може да биде планиран на базата на овој тест. **[нови 2011]**
- 1.3.15 Биопсирајте кои било зголемени медијастинални лимфни јазли (>10мм максимум на кусата оска на КТ) или други лезии во однос на примарната лезија, доколку одредувањето на стадиумот го засега третманот. **[нови 2011]**

Централен примарен тумор

1.3.16 Предложете фиброоптичка бронхоскопија на пациенти со централни лезии на КТ кога нодалниот стејџинг не го афектира третманот. Зголемени лимфни јазли (> 10мм максимум на кусата оска на КТ) можат да бидат паралелно евалуирани со ТБНА(нон-ултразвук-водена), доколку е потребно за дијагнозата. **[нови 2011]**

Проценка на медијастинални лимфни јазли

1.3.17 Предложете ПЕТ-КТ како префериран прв тест по КТ кој покажува ниска веројатност за медијастинална малигност (лимфни јазли 10мм максимум на кусата оска на КТ) за пациенти коишто се потенцијално соодветни за третман со куративна цел. **[нови 2011]**

1.3.18 Предложете ПЕТ-КТ или ЕБУС-водена ТБНА, или ЕУС-водена ФНА, или нон-ултразвук водена ТБНА како прв тест за пациенти со средна веројатност за медијастинална малигност (лимфни јазли помеѓу 10 и 20мм максимум на кусата оска на КТ) коишто се потенцијално соодветни за третман со куративна цел.**[нови 2011]**

1.3.19 Предложете ултразвук на вратот со испитување на видливите лимфни јазли или нон-ултразвук-водена ТБНА на пациенти со висока веројатност за медијастинална малигност (лимфни јазли >20мм максимум на кусата оска на КТ). Доколку ултразвукот на вратот е негативен, продолжете со нон-ултразвук-водена ТБНА, ЕБУС-водена ТБНА или ЕУС-водена ФНА. Доколку нон-ултразвук-водената ТБНА е негативна, продолжете со ЕБУС-водена-ТБНА или ЕУС-водена ФНА.**[нови 2011]**

1.3.20 Предложете ултразвук на вратот со биопсија на видливите лимфни јазли на пациенти коишто имаат вратни лимфни јазли, детектирани со иницијално КТ. Доколку е негативен, продолжете со нон-ултразвук-водена ТБНА или ЕБУС-водена ТБНА или ЕУС-водена ФНА. **[нови 2011]**

1.3.21 Направете евалуација на ПЕТ-КТ-позитивните медијастинални лимфни јазли со испитување на медијастинумот (освен кога постои дефинитивна далечна метастатска болест или висока веројатност дека N2/N3 болеста е метастатска [на пример, доколку има ланец на лимфни јазли со високо преземање на 18F-deoxyglucosa]). **[нови 2011]**

1.3.22 Имајте во предвид комбинирана ЕБУС и ЕУС за иницијална проценка на медијастинумот како алтернатива на хируршката проценка.**[нови 2011]**

1.3.23 Потврдете ги негативните резултати, добиени со нон-ултразвук-водена-ТБНА со употреба на ЕБУС-водена-ТБНА, ЕУС-водена-ФНА или хируршки стејџинг. **[нови 2011]**

1.3.24 Потврдете ги негативните резултати, добиени со ЕБУС-водена-ТБНА и/или ЕУС-водена-ФНА со употреба на хируршки стејџинг, доколку клиничкото сомнение за медијастинална малигност е високо. **[нови 2011]**

Стадиум M1b

- 1.3.25 Потврдете го присуството на изолирани далечни метастази/синхрони тумори со биопсија или понатамошни снимања (на пример, МРИ или ПЕТ-КТ) кај пациенти коишто се предвидени за третман со куративна цел. **[нови 2011]**
- 1.3.26 Имајте во предвид МРИ или КТ на главата кај пациенти коишто се селектирани за третман со куративна цел, особено во стадиум III на болеста. **[нови 2011]**
- 1.3.27 Предложете на пациенти со карактеристики, сугестивни за интракранијална патологија, КТ на главата следено со МРИ, доколку е уредно, или МРИ како иницијален тест. **[нови 2011]**
- 1.3.28 X-снимање би требало да биде изведено во прв чекор за пациенти со локализирани знаци или симптоми на коскени метастази. Доколку резултатите се негативни или неконклузивни, скен на коски или МРИ скен би требало да биде предложен. **[нови 2011]**
- 1.3.29 Избегнувајте коскена сцинтиграфија кога ПЕТ-КТ не покажал коскени метастази. **[нови 2011]**

Организациони фактори, важни за дијагнозата и стејџингот

- 1.3.30 Пациентите коишто имаат белодробен карцином, соодветен за радикален третман или хемотерапија, или имаат потреба од радиотерапија или аблативен третман за олеснување на симптомите, би требало да бидат третирани без претерано одложување, според велшкиот владин совет и одделот за здравствени упатства (во текот на 31 ден од одлуката за третман и во текот на 62 дена од нивното ургентно упатување). **[2005]**

Мултидисциплинарни тимови

- 1.3.31 Сите пациенти со веројатна дијагноза на белодробен карцином би требало да бидат упатени до член на МДТ за белодробен карцином (вообичаено пулмолог). **[2005]**
- 1.3.32 Грижата за сите пациенти со работна дијагноза на белодробен карцином би требало да биде дискутирана на МДТ состанок. **[2005]**

Брзо достапни белодробни клиници

- 1.3.33 Брзо достапните клиници би требало да бидат обезбедени кога е возможно за испитување на пациенти со суспектен белодробен карцином, бидејќи тие се асоцирани со побрзо дијагностицирање и помала анксиозност кај пациентот. **[2005]**

Клинички медицински сестри, специјализирани за канцер

- 1.3.34 Сите единици/центри за канцер би требало да имаат една или повеќе обучени клинички медицински сестри, специјализирани за канцер за следење на пациентите пред и по дијагностицирање, да обезбедат континуирана поддршка и да ја олеснат комуникацијата помеѓу секундарниот тим за грижа (вклучително

и МДТ), матичниот доктор на пациентот, тимот на заедницата и пациентот. Нивната улога вклучува помагање на пациентите во достапноста на советот и поддршката кога и да им е потребна. [2005]

1.4 Третман

Престанок со пушење

- 1.4.1 Информирајте ги пациентите дека пушењето го зголемува ризикот од белодробни компликации по операција на белодробен карцином. [нови 2011]
- 1.4.2 Советувајте ги пациентите да престанат со пушење штом дијагнозата за белодробен карцином е суспектна и објаснете им зошто ова е важно. [нови 2011]
- 1.4.3 Предложете никотинска заместителна терапија и други терапии за да им помогнат на пациентите да престанат со пушење, следствено со Центрите за откажување на пушење (NICE јавен здравствен прирачник 10) и Varenicline за престанок со пушење (NICE прирачник за технолошка проценка 123). [нови 2011]
- 1.4.4 Не одлагајте операција на белодробен карцином за да им овозможите на пациентите да престанат со пушење. [нови 2011]

Селекција на пациенти со крупноклеточен белодробен карцином за третман со куративна цел

Периоперативна смртност

- 1.4.5 Кога се проценува операцијата како опција за пациенти со NSCLC, имајте во предвид користење на скала на проценка на глобален ризик како Торакоскор за проценка на ризикот од смрт. Бидете сигурни дека пациентот е свесен за ризикот пред давањето на согласност за операција. [нови 2011]

Кардиоваскуларна функција

- 1.4.6 Избегнувајте операција во текот на 30 дена по миокардијална инфаркција. [нови 2011]
- 1.4.7 Побарајте кардиолошки извештај кај пациенти со активна срцева кондиција или три или повеќе ризик фактори или лош срцев функционален капацитет. [нови 2011]
- 1.4.8 Предложете операција без понатамошни испитувања кај пациенти со два или со помалку ризик фактори и добар срцев функционален капацитет. [нови 2011]
- 1.4.9 Оптимизирајте каков било примарен кардиолошки третман и започнете со секундарна профилакса за коронарно заболување колку што е можно побргу. [нови 2011]

- 1.4.10 Продолжете го антиисхемичниот третман и во периоперативниот период, вклучително аспирин, статини и бета-блокатори. **[нови 2011]**
- 1.4.11 Доколку пациентот има коронарен стент, дискутирајте за периоперативен антиагрегационен третман со кардиолог. **[нови 2011]**
- 1.4.12 Имајте во предвид реваскуларизација (перкутана интервенција или коронарен артериски бај-пас графт) пред операција за пациенти со стабилна хронична ангина и конвенционални индикации за реваскуларизација. **[нови 2011]**

Белодробна функција

- 1.4.13 Изведете спирометрија кај сите пациенти коишто се земени во предвид за третман со куративна цел. Мерете TlCO, доколку недостатокот на воздух е диспропорционален или постои друга белодробна патологија (на пример, белодробна фиброза). **[нови 2011]**
- 1.4.14 Предложете им на пациентите операција доколку имаат ФЕВ₁ во рамките на нормалните граници и добра толеранција на физичка активност. **[нови 2011]**
- 1.4.15 Предложете им на пациентите со предиктивни постоперативни ФЕВ₁ или TlCO под препорачаната граница од 30% опцијата за подлегнување на оперативен зафат, доколку го прифатат ризикот од диспнеја и асоцирани компликации. **[нови 2011]**
- 1.4.16 Кога се планира операција, изведете проценка на сегмент за предвидување на постоперативната белодробна функција. **[нови 2011]**
- 1.4.17 Имајте во предвид шатл тест на прошетка (употребувајќи изодена дистанца од повеќе од 400м како клучна точка за добра функција) за проценка на кондицијата на пациентите со среден до висок ризик од постоперативна диспнеја. **[нови 2011]**
- 1.4.18 Имајте во предвид кардиопулмонално кондиционо тестирање за мерење на VO₂ максимум и проценка на белодробната функција кај пациенти со среден до висок ризик од постоперативна диспнеја, употребувајќи повеќе од 15мл/кг/минута како клучна точка за добра функција. **[нови 2011]**

Проценка пред радиотерапија со куративна цел

- 1.4.19 Клинички онколог, чијашто специјалност е торакална онкологија, би требало да ја одреди соодветноста за радиотерапија со куративна цел, земајќи ги во предвид перформанс статусот и коморбидитетите. **[нови 2011]**

Операција со куративна цел за крупноклеточен белодробен карцином

- 1.4.20 Предложете на пациенти со NSCLC коишто се медицински соодветни за третман со куративна намера, лобектомија (отворена или торакоскопска) како третман на прв избор. За пациенти со гранична кондиција и помали тумори (T1a-b, NO,

МО), имајте во предвид операции со поштеда на белодробниот паренхим (сегментектомија или клинеста ресекција), доколку комплетна ресекција не може да биде постигната. **[нови 2011]**

- 1.4.21 Предложете по екстензивна операција (bronхоангиопластична хирургија, билобектомија, пневмонектомија) само доколку е потребно постигнување на чисти маргини. **[нови 2011]**
- 1.4.22 Изведете испитување на хиларните и медијастиналните лимфни јазли или ен блок ресекција за сите пациенти коишто се подлегнуваат на операција со куративна цел. **[нови 2011]**
- 1.4.23 За пациенти со T3 NSCLC со инфилтрација на торакален сид коишто ќе бидат оперирани, комплетна ресекција на туморот би требало да биде целта постигната со екстраплеврална или ен блок ресекција на торакален сид. **[2005]**

Радиотерапија со куративна цел за крупноклеточен белодробен карцином

- 1.4.24 Радикална радиотерапија е индицирана за пациенти со стадиум I, II или III NSCLC коишто имаат добар перформанс статус (WHO 0,1) и чијашто болест може да биде инкорпорирана во радиотерапевстски третмански волумен без ризик од прекумерно оштетување на нормалното ткиво. **[2005]**
- 1.4.25 Сите пациенти би требало да се подложат на функционални белодробни тестови (вклучително белодробни волумени и фактор на пренос) пред да биде спроведена радикална радиотерапија за NSCLC. **[2005]**
- 1.4.26 Пациентите коишто имаат лоша белодробна функција, но сепак се соодветни за радикална радиотерапија би требало сепак да им биде понудена радиотерапија, овозможувајќи мал волумен на ирадирираниот бел дроб. **[2005]**
- 1.4.27 Пациентите со стадиум I или II NSCLC коишто се медицински неоперабилни, но соодветни за радикална радиотерапија, би требало да им биде понуден CHART режимот. **[2005]**
- 1.4.28 Пациентите коишто примаат радиотерапија со куративна цел би требало да бидат дел од национална сигурносна програма за квалитет. **[нови 2011]**
- 1.4.29 Пациентите со стадиум IIIA или IIIB NSCLC коишто се квалификувани за радикална радиотерапија и коишто не можат да толерираат или не сакаат да имаат хеморадиотерапија, би требало да им биде понуден CHART режимот. **[2005]**
- 1.4.30 Доколку CHART не е достапен, конвенционална фракционирана радиотерапија до доза од 64-66 Gy во 32-33 фракции во текот на 61/2 недели или 55 Gy во 20 фракции во текот на 4 недели би требало да биде предложено. **[2005]**

Комбиниран третман за крупноклеточен белодробен карцином

- 1.4.31 Предложете на пациентите со стадиум I-III NSCLC коишто не се соодветни за операција проценка од страна на клинички онколог, специјализиран за торакална онкологија за радиотерапија со куративна цел. **[нови 2011]**
- 1.4.32 Имајте во предвид хеморадиотерапија за пациенти со стадиум II или III NSCLC коишто не се соодветни за операција. Балансирајте помеѓу потенцијалниот бенефит за преживување со ризикот од дополнителни токсичности. **[нови 2011]**
- 1.4.33 Овозможете сите пациенти потенцијално соодветни за мултимодалитетен третман (операција, радиотерапија и хемотерапија во која било комбинација) да бидат проценети од страна на торакален онколог и торакален хирург. **[нови 2011]**
- 1.4.34 Предложете постоперативна хемотерапија на пациенти со добар перформанс статус (WHO 0 или 1) и T1-3 N1-2 M0 NSCLC . **[нови 2011]**
- 1.4.35 Имајте во предвид постоперативна хемотерапија кај пациенти со добар перформанс статус (WHO 0 или 1) и T2-3 N0 M0 NSCLC со тумори поголеми од 4цм во дијаметар. **[нови 2011]**
- 1.4.36 Предложете цисплатин-базиран комбиниран хемотерапевтски режим за адјувантна хемотерапија. **[нови 2011]**
- 1.4.37 За пациенти со NSCLC коишто не се соодветни за операција, не предлагајте неоадјувантна хемотерапија вон клиничка студија. **[нови 2011]**
- 1.4.38 Овозможете квалификувани пациенти да го имаат бенефитот од детална дискусија за ризиците и за бенефитите од адјувантна хемотерапија. **[нови 2011]**
- 1.4.39 Третирајте ги Pancoast туморите на идентичен начин како и другите типови на NSCLC. Предложете мултимодалитетна терапија во однос на ресектабилноста, стадиумот на туморот и перформанс статусот на пациентот. **[нови 2011]**

Хемотерапија за крупноклеточен белодробен карцином

- 1.4.40 Хемотерапијата би требало да биде предложена на пациенти со стадиум III или IV NSCLC и добар перформанс статус (WHO 0, 1 или Karnofsky скор од 80-100), за подобрување на преживувањето, контрола на болеста и квалитет на живот. **[2005]**
- 1.4.41 Хемотерапија за напреднат NSCLC би требало да биде комбинација од единечен третогенерациски лек (docetaxel, gemcitabine, paclitaxel или vinorelbine) плус платина лек. Carboplatin или cisplatin, обата можат да бидат администрирани, земајќи ја предвид нивната токсичност, ефикасност и употребливост. **[2005]**

1.4.42 На пациентите коишто не се способни за толеранција на платинум комбинација би требало да им биде предложена единечна хемотерапија со третогенерациски лек. **[2005]**

1.4.43 Docetaxel монотерапија би требало да биде земена предвид доколку второлинискиот третман е соодветен за пациенти со локално напреднат или метастатски NSCLC кај коишто релапсот се јавил по претходната хемотерапија. **[2005]**

Gefitinib

Упатете се на Gefitinib за прволиниски третман на локално напреднат или метастатски крупноклеточен белодробен карцином (NICE прирачник за технолошка проценка 192 **[2010]**).

Pemetrexed

Упатете се на Pemetrexed за прволиниски третман на крупноклеточен белодробен карцином (NICE прирачник за технолошка проценка 181 **[2010]**).

Erlotinib

Упатете се на Erlotinib за третман на крупноклеточен белодробен карцином (NICE прирачник за технолошка проценка 162 **[2008]**).

Проценка на пациенти со ситноклеточен белодробен карцином

1.4.44 Овозможете на пациентите со ситноклеточен белодробен карцином (SCLC) да имаат проценка од торакален онколог во текот на 1 недела од одлучувањето за препорака на третман. **[нови 2011]**

Прволиниски третман за ограничен стадиум на болест на ситноклеточен белодробен карцином

1.4.45 Предложете на пациенти со ограничен стадиум на болест на SCLC (којшто во поширока смисла одговара на T1-4, N0-3, M0) четири до шест циклуси на cisplatin-базирана комбинирана хемотерапија. Имајте во предвид замена на carboplatin кај пациенти со нарушена ренална функција, лош перформанс статус (WHO 2 или повеќе) или значајна коморбидност. **[нови 2011]**

1.4.46 Предложете конкурентна хеморадиотерапија на пациенти со ограничен стадиум на болест на SCLC (којшто во поширока смисла одговара на T1-4, N0-3, M0) и WHO перформанс статус од 0 или 1, доколку се презентираат со болест којашто не може да биде опфатена во радикален торакален радиотерапевтски волумен. Започнете ја радиотерапијата за време на првиот или на вториот циклус на хемотерапија. **[нови 2011]**

1.4.47 Предложете секвенционирана радикална торакална радиотерапија на пациенти со ограничен стадиум на болест на SCLC (којшто во поширока смисла одговара на

T1-4, NO-3, MO) коишто не се соодветни за конкурентна хеморадиотерапија, но имаат одговор на хемотерапија. [нови 2011]

Хируршки третман на пациенти со ситноклеточен белодробен карцином

1.4.48 Имајте во предвид операција кај пациенти со ран стадиум на SCLC (T1-2a, NO MO). [нови 2011]

Прволиниски третман за екстензивен стадиум на болест на ситноклеточен белодробен карцином

1.4.49 Предложете платинум-базирана комбинирана хемотерапија на пациенти со екстензивен стадиум на болест на SCLC (којшто во поширока смисла одговара на T1-4, NO-3, M1a/b-, вклучувајќи и церебрални метастази), доколку се соодветни. [нови 2011]

1.4.50 Проценете ја состојбата на пациентот пред секој циклус на хемотерапија за екстензивен стадиум на болест на SCLC (којшто во поширока смисла одговара на T1-4, NO-3, M1a/b) и предложете максимум шест циклуси, во зависност од одговорот и од токсичноста. [нови 2011]

1.4.51 За пациенти со екстензивен стадиум на болест на SCLC, торакална радиотерапија би требало да биде земена во предвид по хемотерапија доколку има комплетен одговор на далечните локации и барем добар делумен одговор во регијата на тораксот. [нови 2011]

Третман на одржување за ситноклеточен белодробен карцином

1.4.52 Предложете третман на одржување на пациенти со SCLC само во контекстот на клиничка студија. [нови 2011]

Профилактичка кранијална ирадијација кај ситноклеточен белодробен карцином

1.4.53 Предложете профилактичка кранијална ирадијација до доза од 25Gy во 10 фракции на пациенти со ограничен стадиум на болест на SCLC и WHO перформанс статус 2 или помалку, доколку нивната болест не прогредирала во текот на прволинискиот третман. [нови 2011]

1.4.54 Предложете профилактичка кранијална ирадијација на пациенти со ограничен стадиум на болест на SCLC и WHO перформанс статус 2 или помалку, доколку нивната болест не прогредирала во текот на прволинискиот третман. [нови 2011]

Второлиниски третман за пациенти со ситноклеточен белодробен карцином којшто релапсирал по прволинискиот третман

1.4.55 Овозможете му на пациент со SCLC којшто релапсирал по прволинискиот третман проценка од страна на торакален онколог. [нови 2011]

- 1.4.56 Информирајте ги пациентите чијашто болест не дала одговор на прволинискиот третман дека постои ограничен доказ дека второлиниската хемотерапија ќе биде од бенефит. [**нови 2011**]
- 1.4.57 Предложете им на пациенти со релапсиран SCLC, коишто се соодветни за хемотерапија, третман со антрациклини-содржински режим или понатамошен третман со платинум-базиран режим до максимум од шест циклуси. [**нови 2011**]
- 1.4.58 Предложете радиотерапија за палијација на локалните симптоми на пациент со SCLC којшто релапсирал по прволинискиот третман. [**нови 2011**]

Topotecan

Упатете се на Topotecan за третман на ситноклеточен белодробен карцином (NICE прирачник за технолошка проценка 184 [2009]).

1.5 Палијативни интервенции и супортивна и палијативна нега

Обезбедување на палијативна нега

- 1.5.1 Супортивна и палијативна нега за пациентот би требало да бидат обезбедени од страна на општи и специјални понудувачи на нега во согласност со NICE прирачникот 'Подобрување на супортивната и на палијативна нега за возрасни со канцер'. [2005]
- 1.5.2 Пациентите коишто би можеле да имаат полза од специјализирани центри за палијативна нега би требало да бидат идентификувани и упатени без одложување. [2005]

Палијативна радиотерапија

- 1.5.3 Пациентите на коишто не може да им биде понуден куративен третман и се кандидати за палијативна радиотерапија, може или да бидат опсервирани сè додека не се појават симптоми и тогаш да бидат третирани или да бидат третирани со палијативна радиотерапија веднаш. [2005]

Менаџирање на ендобронхијална опструкција

- 1.5.4 Кога пациентите имаат големо инволвирање на дишните патишта, следете (клинички и радиолошки) за ендобронхијална опструкција за да се овозможи рано спроведување на третман. [**нови 2011**]
- 1.5.5 Предложете надворешна радиотерапија и/или ендобронхијално дебулмирање или стентирање на пациенти со претстојна ендобронхијална опструкција. [**нови 2011**]

1.5.6 Секој центар за канцер би требало да обезбеди пациентите да имаат брз пристап до тим којшто е способен за спроведување на интервентни ендобронхијални третмани. [нови 2011]

Други палијативни третмани

1.5.7 Плеврална аспирација или дренажа би требало да бидат изведени во обид за олеснување на симптомите на плеврална ефузија. [2005]

1.5.8 Пациентите коишто имаат симптоматска корист од аспирација или дренажа на течност би требало да им биде предложена талк плевродезија за подолгорочна корист. [2005]

1.5.9 Немедикаментозни интервенции, базирани на психосоцијална поддршка, контрола на дишење и совладување на стратегии, би требало да бидат земени предвид за пациенти со недостаток на воздух. [2005]

1.5.10 Немедикаментозни интервенции за недостаток на воздух би требало да бидат спроведени од страна на мултидисциплинарна група, координирана од професионалец со интерес во губењето на здив и експерт во техниките (на пример, сестра, физиотерапевт или окупационен терапевт). Иако оваа поддршка може да биде обезбедена во клиника за недостаток на воздух, пациентите би требало да имаат пристап до сето ова во сите нивоа на нега. [2005]

1.5.11 Опиоиди, како кодеин или морфин, би требало да бидат земени предвид за редуцирање на кашлицата. [2005]

1.5.12 Пациентите со проблематична засипнатост како резултат на рекурентна неврална ларингеална парализа би требало да бидат упатени на оториноларинголог специјалист за совет. [2005]

1.5.13 На пациентите коишто се презентираат со опструкција на вена кава супериор би требало да им биде предложена хемотерапија и радиотерапија според стадиумот на болеста и перформанс статусот. [2005]

1.5.14 Инсерција на стент би требало да биде земено предвид за итно олеснување на тешките симптоми на опструкција на вена кава супериор или следствено како неуспех на претходниот третман. [2005]

Менаџирање на мозочни метастази

1.5.15 Предложете дексаметазон на пациенти со симптоматски мозочни метастази и редуцирајте го до минималната неопходна доза на одржување за симптоматски одговор. [нови 2011]

1.5.16 Имајте во предвид палијативна радиотерапија на цел мозок за пациенти со симптоматски мозочни метастази со добар перформанс статус (WHO 0 или 1). [нови 2011]

Хиперкалцемија, коскена болка и патолошки скршеници

1.5.17 За пациенти со коскени метастази коишто имаат потреба од палијација и за коишто стандардните аналгетски третмани се несоодветни, единечна-фракција радиотерапија би требало да биде администрирана. [2005]

Менаџирање на други симптоми: загуба на телесна тежина, загуба на апетит, тешкотии со голтање, подуеност и депресија

1.5.18 Другите симптоми, вклучително загуба на телесна тежина, загуба на апетит, депресија и тешкотии со голтање, би требало да бидат менаџирани од страна на мултидисциплинарни групи коишто вклучуваат професионалци за супортивна и палијативна нега. [2005]

1.6 Следење и перспективи на пациентот

1.6.1 Треба да им се понуди на сите пациенти следење од страна на специјалист, состанок во текот на 6 недели по комплетирање на третманот за формулирање на понатамошната грижа. Потоа треба да се понудат регуларни состаноци, отколку да се потпреме на барањето на пациентите за состанок кога веќе се презентираат со симптоми. [нови 2011]

1.6.2 Предложете протокол-соодветно следење, водено од страна на клиничка медицинска сестра, специјализирана за белодробен карцином како опција за пациентите коишто имаат животен век повеќе од 3 месеци. [нови 2011]

1.6.3 Овозможете пациентите да знаат како да ја контактираат клиничката медицинска сестра, специјализирана за белодробен карцином, којашто е вклучена во нивната нега помеѓу нивниот распоред на болнички визити. [нови 2011]

1.6.4 Мислењата и искуствата на пациентите со белодробен карцином и негувателите би требало да бидат колектирани и употребени за подобрување на испорачливоста на центрите за белодробен карцином. Пациентите би требало да имаат повратна информација за секое дело коешто е направено како резултат на ваквите анализи. [2005]

[2] Оваа препорака била корегирана во август 2012 год. за да влијае на потребата од итно упатување за опструкција на вена кава супериор и стридор.

[3] Оваа препорака се наоѓала надвор од делокругот на дополнувањата од 2011 год., но ГДГ препознава дека многу центри ги вклучуваат долните партии на вратот кога се изведуваат КТ скенови за дијагноза на белодробен карцином. ГДГ исто така препознава дека контрастно соединение би требало да биде аплицирано со претпазливост на пациенти коишто имаат познато ренално заболување.

[4] Многу пациенти со белодробен карцином нема да бидат соодветни за третман со куративна намера. Овие потреби би требало да бидат земени предвид кога се одбираат дијагностички и стејџинг интервенции.

[5] Овие беа претходно познати како клиника за рано дијагностицирање.

[6] ГДГ препознава дека радиотерапевтските техники имаат значајна предност од прирачникот во 2005 год. и центрите би требало разумно да ги предложат овие техники (вклучително СБРТ и 4-Д планирање) на пациентите. Овие третмани ја имаат предноста на редуцирање на ризикот од оштетување на нормалното ткиво (проценето преку употреба на мерења како V20).

2. Белешки за делокругот на прирачникот

NICE препораките се развиени во однос на делокругот кој дефинира што ќе покрие и што нема да покрие прирачникот.

Групи коишто се опфатени

- Возрасни (18 години и постари) со новодијагностициран крупноклеточен белодробен карцином (NSCLC).
- Возрасни со новодијагностициран ситноклеточен белодробен карцином (SCLC).
- Возрасни со релапсиран NSCLC.
- Возрасни со релапсиран SCLC.

Групи коишто не се опфатени

- Возрасни со мезотелиом.
- Возрасни со белодробни метастази коишто потекнуваат од примарни карциноми коишто потекнуваат вон белите дробови.
- Деца (помали од 18 год.) со белодробен карцином.
- Возрасни со ретки белодробни тумори (на пример, пулмонален бластом).
- Возрасни со бенигни белодробни тумори (на пример, бронхијален аденом).

Како овој прирачник беше развиен

NICE го овластува Националниот центар за соработка за канцер за развој на овој прирачник. Центарот промовира Група за развој на прирачникот (погледни Апендикс А) која ги ревидира доказите и ги развива препораките. Независен Панел за ревизија на прирачникот го прегледува развојот на прирачникот (погледни Апендикс Б).

Има повеќе информации како NICE клиничките прирачници се развиени на веб страницата на NICE и во 'Како NICE клиничките прирачници се развиени: преглед за акционери, јавноста и NHS'.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки за помош на организационата имплементација на прирачникот.

4. Упатства за истражување

Групата за развој на прирачникот ги има направено следниве упатства за истражување, базирани на ревизијата на доказите, за подобрување на NICE прирачникот и негата на пациентите во иднина.

4.1 Селекција на пациенти со NSCLC за третман со куративна цел

Идните студии би требало да бидат изведени врз основа на фактори коишто предвидуваат успешен исход на третманот со куративна намена. Студиите би требало да вклучат параметри на општа кондиција и функционални испитувања.

Зошто ова е важно

Покрај многуте истражувања врз основа на фактори коишто предвидуваат успешен исход по третманот со куративна намена, сèуште не е јасно како ова се поврзува со пациентот којшто е со гранична кондиција. За да се обезбеди дека проценката на кондицијата е силна, конзистентна и значајна, местото на тестирање на кондицијата, белоробните функционални тестови и функционалните снимања би требало да биде јасно дефинирано од страна на соодветно дизајнирани студии.

4.2 Ефективност на хирургија со или без мултимодалитетен третман во N2 стадиум

Пациентите со помала единечна зона на N2 болест би требало да бидат земени предвид за студии на операција, со или без мултимодалитетен третман. Исходот би требало да вклучи смртност и 5-годишно преживување.

Зошто ова е важно

Серија на рандомизирани контролирани студии биле евалуирани во овој прирачник коишто покажале дека операцијата, како дел од мултимодалитетен третман, не ја влошува прогнозата кај пациенти со N2 стадиум. Како и да е, овие студии не прават разлика помеѓу оние пациенти коишто интуитивно би имале бенефит од операција (ограничен број на лимфни јазли инволвирани и/или единечна зона засегната) и оние со поекстензивно заболување и потенцијално помалку корисна биологија (многу лимфни јазли инволвирани и/или мултипли зони засегнати). Идни студии се потребни за да ја промовираат улогата на операбилност на оваа хетерогена група.

4.3 Пулмонална рехабилитација, оптимизација на медикаментозен третман и засилени програми за закрепнување

Истражувања би требало да бидат преземени врз основа на бенефитите за пулмонална рехабилитација, оптимизација на медикаментозен третман и засилување на програмите за закрепнување пред и по операција. Исходите би требало да вклучат смртност, преживување, пулмонални компликации, пулмонална функција и квалитет на живот (вклучувајќи проценка од EQ-5D).

Зошто ова е важно

Постојат некои докази дека пулмоналната рехабилитација, оптимизација на медикаментозен третман и засилените програми за закрепнување се ефективни кај пациенти коишто се подlegнуваат на операција за некои состојби, но не и за пациентите коишто се подlegнуваат на операција за белодробен карцином. Кондицијата за операција и способноста на пациентот за закрепнување по операција се клучни фактори во успехот на овој третман за белодробен карцином. Ефективноста на интервенциите за подобрување на овие фактори би требало да биде евалуирана.

4.4 Нови режими за радиотерапија со куративна цел

Истражување би требало да биде земено предвид во однос на дозната ескалација во радиотерапија со куративна цел, вклучувајќи стереотаксична ирадијација на телото (СБРТ). Исходите би требало да го вклучат морталитетот, пулмоналните компликации, пулмоналната функција и потврден квалитет на мерките на живот (вклучувајќи проценка од EQ-5D).

Зошто ова е важно

Постојат значајни технолошки напредоци во опремата за радиотерапија коишто дозволуваат радиотерапијата да биде попрецизно спроведена до туморот и оттука следи и помало оштетување на нормалните ткива. Ова дозволува нови режими да бидат развиени, вклучително СБРТ, коишто не се адекватно евалуирани за нивната ефикасност и токсичност.

4.5 Модалитети на снимања за следење на одговорот и рекурентноста на болеста

Рандомизирани контролирани студии би требало да бидат изведени за проценка на модалитетите на снимање и други интервенции во следењето на одговорот и рекурентноста на болеста.

Зошто ова е важно

Пациентите со белодробен карцином имаат високи стапки на рекурентност кога се третирани со куративна цел. Не е познато дали модалитетите на снимање или други интервенции во периодот на следење можат да го подобрат исходот преку детектирање на рекурентност или репалс порано. Затоа, цврсти упатства не можат да бидат поставени околу нивниот распоред или употреба. Ова прашање би требало да биде насочено низ правилно дизајнирани клинички студии.

5. Други верзии на овој прирачник

5.1 Комплетен прирачник

Комплетниот прирачник 'Дијагноза и третман на белодробен карцином' (надополнување на NICE клиничкиот прирачник 24), содржи детали за методите и за доказите, користени за развој на овој прирачник. Објавен е од страна на Националниот центар за соработка за карцином.

5.2 NICE патека

Препораките од овој прирачник се инкорпорирани во NICE патека.

5.3 Информација за јавноста

NICE има продуцирано информација за јавноста, објаснувајќи го овој прирачник.

Го охрабруваме NHS и организациите од волонтерскиот сектор да користат текст од овие информации во нивните сопствени материјали за белодробен карцином.

6. NICE поврзан прирачник

Објавени

- Gefitinib за прволиниски третман на локално напреднат или метастатски крупноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 192 (2010).
- Pemetrexed за третман на одржување на крупноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 190 (2010).
- Перкутана радиофреквентна аблација за примарни и за секундарни белодробни карциноми. NICE прирачник за интервентни процедури 372 (2010).
- Torotecan за третман на релапсиран ситноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 184 (2009).
- Pemetrexed за прволиниски третман на ситноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 181 (2009).
- Erlotinib за третман на крупноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 162 (2008).
- Bevacizumab за третман на крупноклеточен белодробен карцином (завршена проценка). NICE прирачник за технолошки напредок 148 (2008).
- Ендобронхијална ултразвук-водена трансbronхијална иглена аспирација за медијастинални маси. NICE прирачник за интервентни процедури 254 (2008).
- Центри за откажување од пушење. NICE прирачник за јавно здравје 10 (2008).
- Pemetrexed за третман на крупноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок 124 (2007).
- Varenicline за откажување од пушење. NICE прирачник за технолошки напредок 123 (2007).
- Работни интервенции за промоција на откажување на пушењето. NICE прирачник за јавно здравје 5 (2007).
- Куси интервенции и упатување за откажување од пушење. NICE прирачник за јавно здравје 1 (2006).
- Прирачници за упатување за суспектен канцер. NICE клинички прирачник 27 (2005).
- Криотерапија за малигна ендобронхијална опструкција. NICE прирачник за интервентни процедури 142 (2005).
- Фотодинамичка терапија за локализиран неоперабилен ендобронхијален канцер. NICE прирачник за интервентни процедури 137 (2005).
- Фотодиманичка терапија за напреднат бронхијален карцином. NICE прирачник за интервентни процедури 87 (2004).
- Подобрување на супортивна и палијативна нега за возрасни со канцер. NICE прирачник за канцер центри (2004).

Во тек на развој

NICE ги развива следниве прирачници (деталите се достапни на нашата [веб страница](#)):

- Erlotinib монотерапија за третман на одржување за крупноклеточен белодробен карцином. NICE прирачник за технолошки напредок. Датумот на објавување треба да биде потврден.
- Откажување од пушењето во секундарното здравство. NICE прирачник за јавно здравје. Датумот на објавување треба да биде потврден.

7. Дополнување на прирачникот

NICE клиничките прирачници се дополнети така што препораките ги земаат предвид важните нови информации. Новиот доказ е проверен 3 години по објавувањето и здравствените професионалци и пациентите се консултирани за нивните мислења; ние ја користиме оваа информација за да одлучиме дали целиот или само дел од овој прирачник има потреба од дополнување. Доколку важен нов доказ е објавен во меѓувреме, ние може да одлучиме да се направи побрзо дополнување на некои упатства. Ве молиме, посетете ја нашата веб страница за информации околку дополнувањето на прирачникот.

Прилог А: Група за развој на упатството, Национален колаборативен центар и NICE проектен тим

Група за развој на упатството (20 члена во 2011 год., 25 члена во 2005 год.).

Податоците за членовите можат да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg121>

Национален колаборационен центар за рак (8 члена)

Податоците за членовите можат да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg121>

NICE проектен тим (6 члена)

Податоците за членовите можат да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg121>

Прилог Б: Панел за ревизија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независен панел којшто го надгледува развојот на упатството и презема одговорност за следење паралелно на процесите за развој на NICE упатството. Всушност, панелот овозможува коментарите на заинтересираните страни да бидат адекватно земени предвид и соодветно да биде одговорено на нив. Панелот вклучува членови од следниве области: примарно здравство, секундарно здравство, законодавство, и јавно здравство.

2011 Панел за ревизија на прирачникот (3 члена)

Податоците за членовите можат да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg121>

2005 Панел за ревизија на прирачникот (5 члена)

Податоците за членовите можат да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg121>

Прилог Ц: Алгоритми

Оваа информација е во [NICE патеката](#).

За овие упатства

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за негата на луѓе со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Ова упатство беше развиено од националниот центар за соработка за рак. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучувајќи консултанти, општи доктори и сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и го постави нацртот на препораките. Препораките беа финализирани по јавна консултација.

Методите и процесите на развој на NICE клиничките упатства се опишани во 'Прирачникот за упатствата'.

Овој прирачник е надополнет и го заменува NICE упатството 24 (објавено во февруари 2005 год.).

Ние продуциравме информација за јавноста, објаснувајќи го ова упатство. Алатки за помош како да го воведете во пракса и информација околу доказот на кој е базиран се, исто така, достапни.

Промени по публикацијата

Декември 2011: мала поддршка.

Август 2012: препораката 1.1.5 беше корегирана за да ја назначи потребата од итно упатување за опструкција на вена кава супериор и стридор.

Октомври 2012: корекција на мала печатарска грешка.

Март 2013: мала поддршка.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува погледот на NICE, кој се подготви по внимателно разгледување на достапните докази. Здравствените професионалци се очекува во целост да го земат во предвид кога размислуваат околу нивната клиничка проценка. Како и да е, упатството не преминува преку индивидуалната одговорност на здравствените работници околу донесувањето одлуки, соодветни на условите на индивидуалниот пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и информациите околу севкупните карактеристики на продуктот на кој било медикамент којшто го земаат во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните комисионери и/или даватели на услуги. Комисионерите и давателите на услуги треба да имаат предвид дека нивна одговорност е имплементацијата на упатството, во нивен локален контекст, во рамките на нивните надлежности, за да избегнат незаконска дискриминација и да имаат почит во промовирањето на еднаквост на можностита.

Ништо во ова упатство не би требало да биде протолкувано на начин којшто би бил неконзистентен во однос на согласноста на овие начела.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност (NICE) 2012. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот може да се преземат за приватно истражување и за студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

Контакт:

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 7780