**ეპიდემიოლოგია**  
ევროკავშირის ქვეყნებში ფილტვის კიბოს სიხშირე დაახლოებითი მონაცემებით წელიწადში 52,5–ს შეადგენს 100000 მოსახლეზე, ხოლო სიკვდლიანობა – 48,7-ს. მამაკაცებში ეს მაჩვენებლები წელიწადში, შესაბამისად, 82,5–ისა და 77,0–ის ტოლია 100000 მოსახლეზე, ხოლო ქალებში – 23,9-ის და 22,3-ის. ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბო ყველა შემთხვევათა 80%–ს შეადგენს. მამაკაცებში ფილტვის კიბოთი სიკვდილიანობის 90%-მდე (80% ქალებში) მჭიდროდ არის დაკავშირებული თამბაქოს წევასთან.

**დიაგნოზი**  
პათოლოგიური დიაგნოზი უნდა დაისვას ჯანდაცვის მსოფლიოს ორგანიზაციის კლასიფიკაციის შესაბამისად ბრონქოსკოპიის, ქირურგიული ბიოფსიის trucut ან ასპირაციის საფუძველზე.

**სტადირება და რისკის შეფასება**  
სრულყოფილი ანამნეზისა და ფიზიკური გამოკვლევის გარდა საჭიროა გულმკერდის რენტგენოგრაფია, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ზედა ნაწილის კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევა. ნევროლოგიური ანამნეზის ან ნერვული სისტემის მხრივ პათოლოგიური ცვლილებებისას უნდა გაკეთდეს თავის ტვინის კტ და/ან მაგნიტურ–რეზონანსული გამოკვლევა, ხოლო ძვლის ტკივილისას საჭიროა ჩონჩხის სცინტიგრაფია და შრატში კალციუმისა და ტუტე ფოსფატაზის კონცენტრაციის განსაზღვრა.   
**პაციენტები, რომებიც ექვემდებარებიან რეზექციას**  
საჭიროა მთლიანი სხეულის 2–[ფლუორინ–18]ფლურო–2–დეოქსი–D–გლუკოზა (FDG) პოზიტრონულ-ემისიული ტომოგრაფიული გამოკვლევა (PET). შუასაყარში ნორმაზე დიდი ლიმფური კვანძის აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს მისი ბიოფსია. III კლინიკური სტადიის პაციენტები საჭიროებენ თავის ტვინის კტ-ს და/ან მაგნიტურ-რეზონანსულ გამოკვლევას.  
**პაციენტები, რომლებიც არ ექვემდებარებიან რეზექციას**  
დაავადების მეტასტაზური გავრცელების მქონე პაციენტები არ ექვემდებარებიან რეზექციას, გარდა იზოლირებული ექსტრათორაკული მეტასტაზის შემთხვევისა. მეტასტაზური დაავადების არსებობა სხვამხრივ პოტენციურად რეზექტაბელურ პაციენტებში გამოირიცხება ბიოფსიის (ან MRI ან FDG-PET) მეშვეობით.   
ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს მქონე პაციენტების სტადირება უნდა მოხდეს TNM–2002-სისტემის შესაბამისად და დაიყოს რისკ-კატეგორიებად

**ლოკალური დაავადების მკურნალობა**  
ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს რეზექტაბელური შემთხვევებისას ქირურგია წარმოადგენს სტანდარტულ მკურნალობას. ცისპლატინის შემცველი ადიუვანტური ქიმიოთერაპია ნაჩვენებია II და IIIA სტადიისას, თუმცა არ არის აუცილებელი IB სტადიის დროს. ოპერაციისწინა ქიმიოთერაპია შეიძლება განვიხილოთ კონკრეტული პაციენტებისთვის ცალკე (ანუ, N2 შემთხვევაში).   
ჯერჯერობით დაუდგენელია, ასრულებს თუ არა ოპერაციისშემდგომი რადიოთერაპია რაიმე როლს შუასაყრის ლიმფური კვანძის დაზიანების მქონე პაციენტებში.  
I კლინიკური სტადიის შერჩეულ პაციენტებში რადიოთერაპიით, როგორც ერთადერთი სამკურნალო მეთოდით, შესაძლებელია გადარჩენადობის 5-წლიანი მაჩვენებლის გაზრდა 40%–მდე. ეს მეთოდი განსახილველია I და II სტადიის მქონე არაოპერაბელურ პაციენტებშიც.   
ადგილობრივად გავრცელებული, არაოპერაბელური ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი კიბოს III სტადიისას სტანდარტულ მკურნალობას წარმოადგენს პლატინის შემცველი ქიმიოთერაპია და გულმკერდის რადიოთერაპია.

**დაავადების სტადიის IV მკურნალობა**  
პლატინის შემცველი ქიმიოთერაპია ვინორელბინთან, გემციტაბინთან ან ტაქსანებთან კომბინაციაში ახანგრძლივებს გადარჩენადობას, აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს და დადებითად მართავს სიმპტომებს დამაკმაყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობის პაციენტებში [I,A].

**მეორე ხაზის ქიმიოთერაპია**  
მეორე ხაზის სისტემური მკურნალობა (დოცეტაქსელი, პემეტრექსატი და ერლოტინიბი) აუმჯობესებს დაავადებასთან დაკავშირებულ სიმპტომებსა და ზრდის გადარჩენადობას. ერლოტინიბით მკურნალობა უფრო ეფექტურია არამწეველ პაციენტებში, ქალებში, ადენოკარცინომის მქონე პაციენტებსა და აზიელებში.

**პასუხის შეფასება**  
პასუხის შეფასება აუცილებელია ქიმიოთერაპიის ორი ან სამი ციკლის დასრულების შემდეგ საწყისი რადიოლოგიური კვლევების გამეორებით.

**მკურნალობისშემდგომი დაკვირვება**  
გულმკერდის სიმსივნეების მქონე პაციენტების მკურნალობისშემდგომი მართვის ოპტიმალური მიდგომის საკითხი წინააღმდეგობრივია, მათ შორის – რადიოლოგიური შეფასების მნიშვნელობა. ნამკურნალევ პაციენტებში საჭიროა ანამნეზის შეკრება და ფიზიკური გამოკვლევის ჩატარება ყოველ 3–6 თვეში ერთხელ მკურნალობიდან პირველი 2 წლის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ – ყოველ 6–12 თვეში ერთხელ.

﻿ამერიკის კლინიკურ ონკოლოგთა ასოციაციის მიერ გამოყენებული სარწმუნოობის დონეები [I-V] და რეკომენდაციის რანგები [A-D] მოცემულია კვადრატულ ფრჩხილებში. რანგირების გარეშე მოცემული დებულებები მიჩნეულია მართებულ სტანდარტულ კლინიკურ პრაქტიკად ექსპერტი-ავტორებისა და ESMO- ს წევრების მიერ.