



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros"

**Laundabīgo audzēju recidīvu primārā un sekundārā diagnostika,
nosakot secīgu izmeklējumu nepieciešamību noteiktu simptomu
vai iepriekšējo izmeklējumu rezultātu gadījumā un iekļaujot
vienotu konsīliju veidlapu**

Nieru šūnu karcinoma (C64)

KLĪNISKAIS ALGORITMS

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta
"Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru
izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu)
aprūpes jomā" (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM
2022/29/ESF) ietvaros

Darba grupas dalībnieki: Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

2023

Saturs

Ievads	3
Algoritma lietotāju mērķa grupa	3
Saīsinājumi.....	3
Klīniskā algoritma shēma	4
Klīniskā algoritma apraksts.....	5
Atsauces	7
Pielikumi	8
Magnētiskās rezonanses izmeklējuma protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem	8
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem	9
Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību	11

Ievads

Nieru šūnu karcinoma ir septītais biežākais ļaundabīgais audzējs vīriešiem un desmitais biežākais – sievietēm. Trīs galvenie nieru šūnu karcinomas tipi ir nieru gaišo šūnu karcinoma, papilāro nieru šūnu karcinoma un hromofobo nieru šūnu karcinoma. Metastāžu izvērtēšanas riskam pēc radikālas operācijas izmanto integrētas prognostiskās skalas, kas ņem vērā audzēja histoloģiskos un klīniskos faktorus – piemēram, SSIGN (*stage, size, grade and necrosis score*) un UISS (*University of California Los Angeles Integrated Staging System*). Piecu gadu dzīvildze bez metastāzēm pasliktinās atkarībā no riska prognostiskās grupas no 97,1% uz 73,8% un uz 31,2%, pieaugot nieru šūnu karcinomas T un N stadijai, primārā audzēja izmēram, histopatoloģiskajai pakāpei un nekrozes klātbūtnēi. Metastāžu gadījumā piecu gadu dzīvildze ir 32% zema riska, 19,5% vidēja riska un 0% augsta riska pacientiem. (*Escudier et al, 2019*)

Algoritma lietotāju mērķa grupa

Onkologi ķīmijterapieti (P 16)

Urologi (P 08)

Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)

Internisti (P 01)

Radiologi terapieti (P 31)

Radiologi (P 32)

Patologi (P 33)

Atbilstošu specialitāšu rezidenti

Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

Saīsinājumi

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

CNS – centrālā nervu sistēma

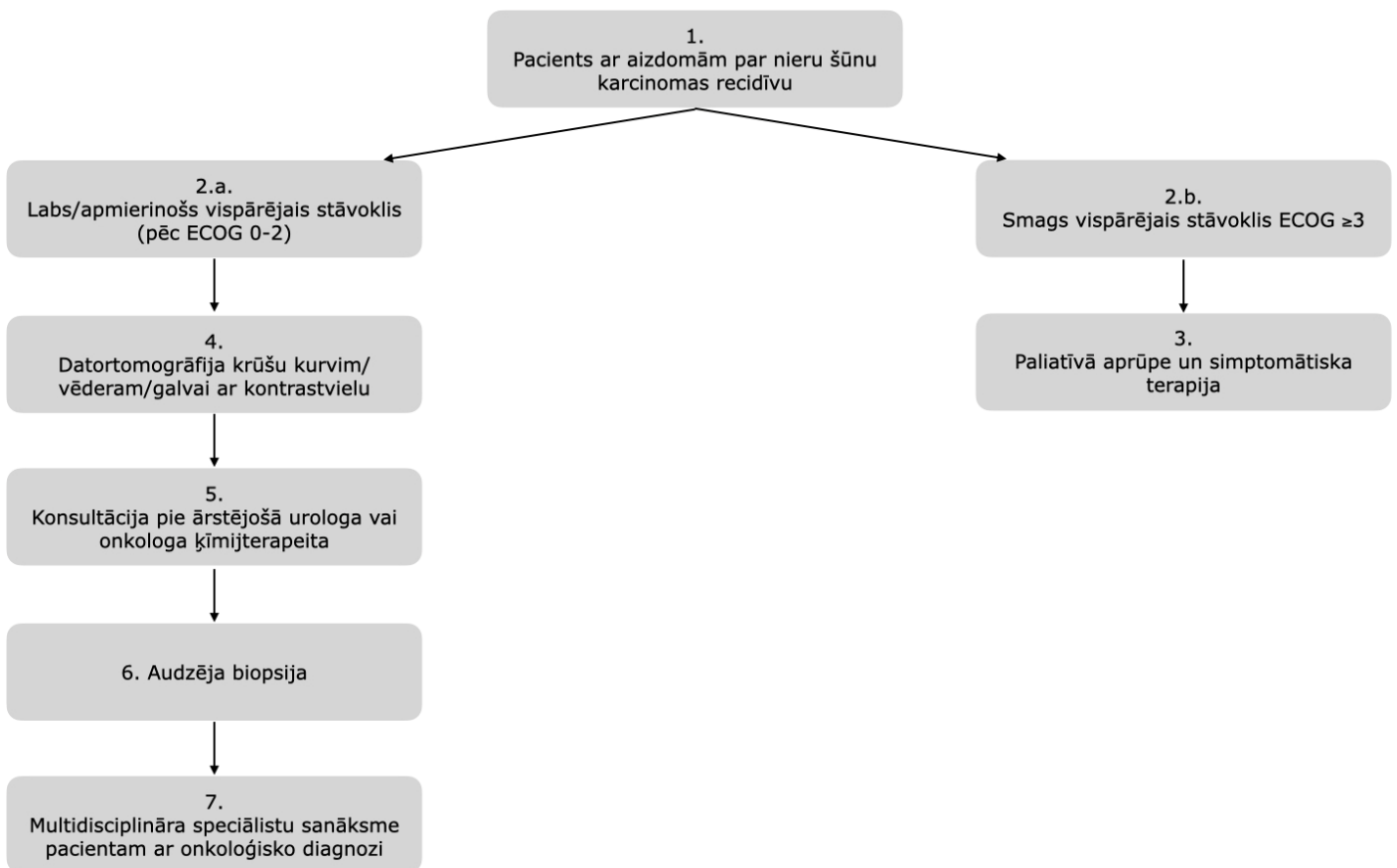
CT – datortomogrāfija

MR – magnētiskā rezonanse

i/v – intravenoza

k/v – kontrastviela

Klīniskā algoritma shēma



Klīniskā algoritma apraksts

1. Pacients ar aizdomām par nieru šūnu karcinomas recidīvu

Konstatē šādas jaunas sūdzības vai simptomu progresēšanu:

- asins piejaukumu urīnam;
- sāpes sānos;
- taustāmu veidojumu vēderā;
- taustāmus palielinātus perifēros limfmezglus;
- kaulu sāpes;
- klepu bez iekaisuma pazīmēm, progresējošu elpas trūkumu, sāpes krūškurvī – aizdomas par plaušu un/vai videnes limfmezglu metastāzēm;
- neiroloģiskos simptomus – aizdomas par CNS metastāzēm;
- vispārējā stāvokļa pasliktināšanos.

Šādos gadījumos ģimenes ārsts veic pacienta fizikālo izmeklēšanu, vispārējā stāvokļa izvērtēšanu un rutīnas analīzes.

Ja pacientam ir simptomi, kas apdraud viņa dzīvību, tad pacients jāsūta uz neatliekamās palīdzības centru.

Simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās izvērtējums neattiecas uz pacientiem, kuriem jau iepriekš multidisciplinārs konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

2. Smags vispārējais stāvoklis ECOG ≥ 3

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags – ECOG 3 (pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un spēj veikt tikai ierobežotu pašaprūpi) vai ECOG 4 (pacients pilnībā piesaistīts gultai un nevar veikt nekādu pašaprūpi), tad tālāka izmeklēšana nav mērķtiecīga un pacientam indicēta simptomātiska terapija un paliatīva aprūpe.

3. Paliatīvā aprūpe un simptomātiska terapija

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG 3 vai ECOG 4), turpmāka izmeklēšana nav mērķtiecīga, jo specifiska pretaudzēja terapija nav piemērojama. Šādos gadījumos ģimenes ārsts var nodrošināt simptomātisku terapiju savas kompetences robežās. Pacientam un viņa radniekiem

rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista un uztura speciālista, ja pacientam vēro svara zudumu. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

4. Datortomogrāfija krūškurvim/vēderam/galvai ar kontrastvielu

Ja ģimenes ārstam ir aizdomas par audzēja lokālu recidīvu vai audzēja attālām metastāzēm, tad nepieciešams pacientu nosūtīt uz atbilstošu CT krūškurvim/vēderam/galvai ar i/v k/v.

Ja pacientam kontrastviela ir kontrindicēta, rekomendē veikt CT bez kontrastvielas.

Ja pēc CT izmeklējuma nav iespējams izvērtēt metastātisko procesu un spriest par audzēja lokālu recidīvu, tad radiologs rekomendē veikt MR ar k/v. Uz MR nosūta ārsts speciālists.

5. Konsultācija pie ārstējošā urologa vai onkologa ķīmijterapeita

Ja CT vēro audzēja lokālu recidīvu, tad pacients jāsūta pie ārstējošā urologa, izmantojot “dzelteno koridoru”. Ja radioloģiski ir aizdomas par attālām metastāzēm, tad pacients jāsūta pie ārstējošā onkologa ķīmijterapeita, izmantojot “dzelteno koridoru”. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Ja datortomogrāfija nebūs veikta līdz konsultācijai pie ārsta speciālista (urologa vai onkologa ķīmijterapeita), tad ārsts speciālists nozīmēs pacientam CT izmeklējumus. Ja ārsts speciālists novērtēs pacienta vispārējo stāvokli kā smagu (ECOG 3 vai ECOG 4), tad tālāki izmeklējumi netiks plānoti.

6. Audzēja biopsija

Lokāla recidīva gadījumā pacientam tiks veikta atkārtota biopsija vai rezekcija, ja tehniski tas būs iespējams. Biopsiju veiks invazīvais radiologs, rezekciju – urologs.

Pacientiem sakarā ar aizdomām par attālām metastāzēm audzēja morfoloģiska verifikācija tiks veikta gadījumos, kad nav lokāla recidīva un pastāv diferenciāldiagnoze ar citu audzēju vai citu slimību. Ja attālu metastāžu biopsija tehniski nav iespējama bez lielas ķirurģiskas iejaukšanās vai ir ar augstiem komplikāciju riskiem, tā netiks veikta.

7. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisko diagnozi

Pacientu uz multidisciplināro konsīliju piesaka ārsts speciālists, kas diagnosticē audzēja progresiju. Multidisciplinārā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, urologs, radiologs diagnostis, patologs un ārstējošais ārsts. Multidisciplinārā konsīlija mērķis ir izlemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim un prognozei.

Multidisciplinārais konsīlijs izvērtē papildu izmeklējumu vai biopsijas veikšanas nepieciešamību.

Multidisciplinārais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kam nav veikti radioloģiski izmeklējumi vispārējā smagā stāvokļa dēļ, bet pacients ir bijis nosūtīts pie ārsta speciālista. Šādos gadījumos multidisciplinārais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

Atsauces

1. Vadlīnijas diagnostiskās radioloģijas izmeklējumu izvēlē. Latvijas Radiologu asociācija, Valsts vides dienests, Latvijas Vides aizsardzības fonds; 2017 http://www.radiologija.lv/userfiles/file/Nosutisanas_vadlinijas_2017.pdf
2. Kontrastvielu lietošanas vadlīnijas. Eiropas Uroģenitālās radioloģijas biedrība. http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF
3. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Rioux-Leclercq N, Bex A, Khoo V, Grünwald V, Gillissen S, Horwich A; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019 May 1;30(5):706-720. doi: 10.1093/annonc/mdz056. PMID: 30788497.

Pielikumi

Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem

Vispārējie jautājumi:

MR izmeklējumus veic ar ārsta nosūtījumu un pēc indikācijām.

Uz izmeklējumu pacients ņem līdzi iepriekšējo MR, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas vai citu radioloģisko izmeklējumu rezultātus.

Pacients pirms MR izmeklējuma aizpilda anketu par metāla objektu esamību vai neesamību ķermenī.

Pirms izmeklējuma radiologa asistents vai radiogrāfers informē pacientu par izmeklējuma norises kārtību.

Izmeklējuma laikā pacientam tiek aizsargāta dzirde no gradientu spoļu radītiem trokšņiem ar ausu aizbāžņiem vai ausu uzliktņiem.

Izmeklējums tiek veikts ar speciālām katrai ķermeņa daļai paredzētām radiofrekvences spolēm trīs savstarpēji perpendikulārās plaknēs: aksiālā (ax.), sagitālā (sag.), koronārā (cor.). Izmeklējumu veic, pacientam guļot horizontāli uz muguras (supinācijas pozīcijā) vai uz vēdera (pronācijas pozīcijā). MR izmeklējuma tunelī pacientu ievada ar galvu pa priekšu vai kājām pa priekšu.

Katrai ķermeņa daļai vai orgānam ir savi specifiski izmeklēšanas protokoli ar izmeklējuma sekvencēm, lai labāk vizualizētu un diagnosticētu patoloģiju. Izmeklējuma sekvences protokolos var mainīt, ja radiologs uzskata un var pamatot, ka izmaiņas var palīdzēt diagnostikā. Atsevišķu slimību gadījumos, saskaņojot ar radiologu, ir nepieciešams intravenozi ievadīt gadolīniju saturošu kontrastvielu 0,1 mmol/kg. Injekciju var veikt manuāli vai ar spēka injektoru (atkarībā no izmeklējuma veida).

Pacientiem ar alerģiskām reakcijām uz gadolīniju vai nieru mazspēju (nieru funkcijas bioķīmiskie rādītāji – urea, kreatinīns, GFĀ – ir zem pieļaujamās normas) kontrastviela netiek ievadīta.

Pacientu sagatavošana atsevišķiem izmeklējumiem:

MR vēdera dobumam:

Piecas stundas pirms vēdera dobuma MR izmeklējuma pacients nedrīkst ēst.

MR enterogrāfija:

1. Iepriekšējā dienā pirms izmeklējuma drīkst ēst šķidru pārtiku.
2. Lietot caurejas līdzekļus, lai iztīrītu zarnas no satura.
3. Iepriekšējā vakarā pirms izmeklējuma un no rīta veikt dziļas tīrošas resnās zarnas klizmas.
4. Rītā pirms izmeklējuma neēst un nedzert.
5. Pacientam jāierodas 2 stundas pirms izmeklējuma un jāizdzer 2 litri 2,5% mannitola šķīduma, lai piepildītu zarnu traktu.
6. Pirms izmeklējuma un pirms intravenozas gadolīniju saturošas kontrastvielas ievadīšanas pacientam intravenozi ievada 0,3 ml *Buscopan* šķīdumu (atšķaidot ar 3 ml fizioloģiskā šķīduma).

MR mazajam iegurnim:

1. Izmeklējuma rītā veikt mikroklizmu ar *Microlax* 5 ml, lai iztīrītu taisno zarnu.
2. Divas stundas pirms izmeklējuma nedrīkst iztukšot urīnpūsli.

Pārējo ķermeņa daļu izmeklējumiem speciāla sagatavošana nav nepieciešama!

Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores <http://oncologypro.esmo.org/Guidelines-Practice/Practice-Tools/Performance-Scales>*

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores Practice tools (esmo.org)

Fiziskās aktivitātes statuss pēc Karnofska novērtējuma skalas	Pakāpe pēc Karnofska	Pakāpe pēc ECOG	Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas
Normāls, nav sūdzību	100	0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem
Spēj veikt normālas aktivitātes. Nelielas slimības pazīmes vai simptomi	90	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu
Spēj veikt normālas aktivitātes ar piepūli	80	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu
Spēj aprūpēt sevi. Nespēj turpināt normālas aktivitātes vai darīt aktīvu darbu	70	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu
Reizēm nepieciešama palīdzība, tomēr pats spēj nodrošināt lielāko daļu savu vajadzību	60	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu
Nepieciešama būtiska palīdzība un bieža medicīniska aprūpe	50	3	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu
Darba nespēja. Nepieciešama speciāla aprūpe un palīdzība	40	4	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu
Smaga darba nespēja. Indicēta hospitalizācija, tomēr nav nāves draudu	30	4	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam
Ļoti slims. Nepieciešama hospitalizācija. Nepieciešama aktīva simptomātiska terapija	20	4	Pilnībā darba nespējīgs

Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam. Mirstošs (moribunds)	10	4	Pilnībā darba nespējīgs. Pilnīgi nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam
Miris	0	5	Miris

Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību

Ārstniecības iestādes nosaukums:

Kods:

Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku saslimšanu.

Pirmreizējs/pirmsārstēšanas pacients Atkārtots/pēcārstēšanas pacients

Z/C kods:

Konsīlijs notiek pacienta klātbūtnē: Jā Nē

Datums, [Click or tap to enter a date.](#)

Pacients(-e) (vārds, uzvārds):

Personas kods:

Deklarētā dzīvesvieta:

Kontakttālrunis:

e-pasts:

Īsa slimības anamnēze/simptomi:

Obligāta pirmreizējam konsīlijam/atkārtotam – pēc nepieciešamības

Pamatdiagnoze:

(TNM klasifikācija, slimības stadija)

Blakusdiagnoze/s:

Operācija/Biopsija, datums

Histoloģija/ Citoloģija Nr.

Ārst-Onko-01 versija 02

Vispārējais stāvoklis pēc ECOG skalas:

<input type="checkbox"/>	0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem
<input type="checkbox"/>	1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, kantora darbu.
<input type="checkbox"/>	2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu.
<input type="checkbox"/>	3	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai sēdriem vairāk nekā 50% nomoda stundu
<input type="checkbox"/>	4	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā saistīts pie gultas vai sēdriem.

Izmeklējumi, kas pamato stadiju ar datumiem un slēdzieniem

(CT/MR galvai/krūšu kurvim/vēderam/mazajam iegurnim/skeleta scintigrāfija/PET-CT /Onkomarkieri/citi izmeklējumi)

Slēdziens:

Konsīlija vadītājs:

(specialitāte; vārds, uzvārds; paraksts)

Konsīlija locekļi:

(specialitāte; vārds, uzvārds*)

Onkologs ķīmijterapeits:

Radiologs terapeits:

Ķirurgs:

Radiologs diagnostis:

Patologs:

Ārstējošais ārsts:

Cits:

(ārstiem, kas ir no citas ārstniecības iestādes, norāda to darba vietu)

* Dokuments sagatavots elektroniski un ir derīgs bez parakstiem

Arst-Onko-01 versija 02