



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

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

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

Dzemes ķermenis(C54)

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

Satura rādītājs

Satura rādītājs.....	2
Algoritma lietotāju mērķa grupa.....	3
Ievads	3
Klīniskā algoritma shēma	4
Klīniskā algoritma apraksts.....	5
Atsauces	8
Pielikumi	9
Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem	9
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem	10
Multidisciplināra konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību.....	11

Algoritma lietotāju mērķa grupa

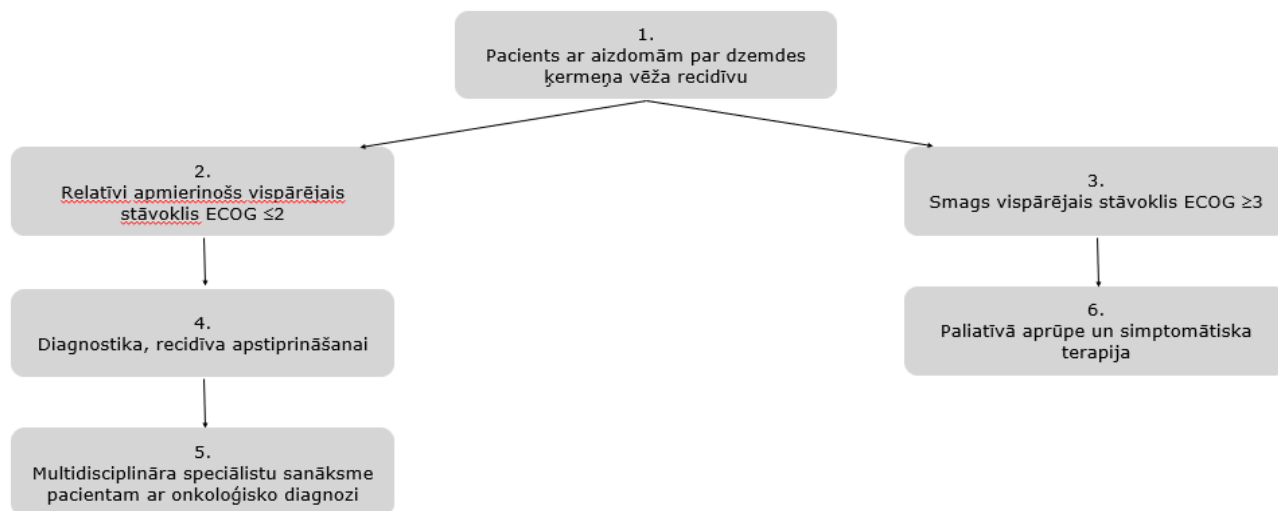
- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Ginekologi, dzemdību speciālisti (P 14)
- Onkoginekologi (A 142)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Patologi (P 33)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

Ievads

Ar dzemdes ķermeņa vēzi katru gadu Latvijā saslimst vairāk nekā 300 sievietes. Ja dzemdes ķermeņa vēzi diagnosticē sākumstadijā, tad piecu gadu dzīvildze ir apmēram 70% gadījumu. Ar šo vēža veidu visbiežāk slimo sievietes vecumā no 65 līdz 75 gadiem, kaut gan risks saslimt ar dzemdes ķermeņa vēzi sievietēm ir, sākot no 30 gadu vecumu. Saslimstība šajā vecuma grupā korelē ar ķermeņa masas indeksu (ĶMI), īpaši, ja ĶMI >30. Svarīgs simptoms, kam ir jāpievērš uzmanība, ir asiņošana no dzemdes pēcmenopauzes periodā. Metastātiska/recidivējoša dzemdes ķermeņa ļaundabīga audzēja pacientēm kopējās dzīvildzes rādītāji ir 20–25%. Pacientes ar dzemdes ķermeņa ļaundabīgu audzēju ārstēšanai vienmēr ir nepieciešama multidisciplināra pieeja specializētos centros. Ārstēšanas procesā jāvadās pēc pacientes vispārējā stāvokļa, slimības izplatības, iepriekš saņemtās terapijas un patohistoloģiskās atbildes.

Svarīgi izdzīvošanas prognostiskie faktori: recidīva vieta/-as, izplatība (piem., izolēti makstī, iegurnī, peritoneāla karcinomatoze), audzēja lielums (<2 cm, >2 cm), iepriekš saņemtā staru terapija, bezrecidīva perioda ilgums un patohistoloģiskais variants.

Klīniskā algoritma shēma



Klīniskā algoritma apraksts

1. Paciente ar aizdomām par dzemdes ķermeņa vēža recidīvu

Īsā laika periodā attīstījušās šādas sūdzības vai simptomi:

- asiņošana no maksts;
- mazā iegurņa orgānu darbības traucējumi;
- sāpes vēderā lejasdaļā;
- vēdera pūšanās;
- elpas trūkums;
- vēdera pieaugums apjomā (ascīts);
- strauju svara zudumu īsā laika periodā (> 5% no esošā svara pēdējo 6–12 mēnešu laikā) bez zināma iemesla;
- slikta dūša, vemšana;
- sāpes dzimumakta laikā;
- anēmija.

Ja pacientes vispārējais stāvoklis ir relatīvi apmierinošs (ECOG ≤ 2), vēlams nosūtīt pie ārstējoša onkoginekologa vai onkologa ķīmijterapieta, izmantojot “dzeltenu koridoru”.

Ja pacientes vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG ≥ 3) vai strauji pasliktinājies, vēlams vērsties neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā.

Ja iepriekš multidisciplinārs konsīlijs ir izlēmis par pacientes simptomātisku un/vai paliatīvu aprūpi, simptomu progresija vai jauno simptomu atklāšana nav indikācija izmeklēšanai vai stacionēšanai, ja vien nav iestājusies dzīvībai draudoša situācija, tad rekomendē vērsties neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā.

2. Relatīvi apmierinošs vispārējais stāvoklis (ECOG ≤ 2)

ECOG veiktspējas statusa skala raksturo pacientes funkcionēšanas līmeni, ņemot vērā viņas spēju rūpēties par sevi, ikdienas aktivitātes un fiziskās spējas (staigāt, strādāt utt.).

ECOG 0 – paciente ir pilnībā aktīva, spēj veikt visas tās pašas ikdienas aktivitātes, ko līdz slimībai, bez jebkādiem ierobežojumiem.

ECOG 1 – pacientei ir ierobežotas intensīvas fiziskas aktivitātes, taču viņa ir staigājoša un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piemēram, vieglus mājas vai biroja darbus.

ECOG 2 – paciente ir staigājoša un spējīga sevi aprūpēt, taču nevar strādāt. Vairāk nekā 50% no nomoda stundām ir aktīva.

3. Smags vispārējais stāvoklis (ECOG ≥ 3)

ECOG 3 – paciente spēj sevi aprūpēt tikai ierobežotā apjomā, vairāk nekā 50% no sava nomoda laikā pavada krēslā vai gultā.

ECOG 4 – pilnībā nespējīga sevi aprūpēt un ir piesaistīta gultai vai krēslam visas dienas garumā.

ECOG 5 – mirusi.

4. Diagnostika recidīva apstiprināšanai

Jāveic asins analīzes (pilna asinsaina, bioķīmija, onkoloģiskie marķieri CEA, CA 125), klīniskā un ginekoloģiskā apskate, transvaginālā ultrasonogrāfija, krūškurvja, vēdera dobuma un mazā iegurņa datortomogrāfija (CT) ar intravenozu kontrastvielas ievadi un/vai MR vēdera dobumam.

Ja nepieciešams, kā papildinošu izmeklējumu veic magnētisko rezonansi (MR) mazajam iegurnim ar intravenozas kontrastvielas ievadi.

Ja ir aizdomas par attālām metastāzēm, veic skeleta scintigrāfiju vai pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/CT).

Recidīva apstiprināšanai iesaka veikt atkārtotu biopsiju un patohistoloģisko izmeklēšanu. Biopsiju no veidojuma vai limfmezgla veic ar tievās adatas palīdzību (FNA) ultrasonogrāfijas kontrolē, laparoskopiskas operācijas vai ascīta punkcijas veidā. Pacientēm sakarā ar aizdomām par specifiskiem limfmezgliem, attālām metastāzēm tiek veikta audzēja morfoloģiskā verifikācija, imūnhistoķīmija, molekulārā testēšana (ER/PR receptoru statuss, p53 mutācijas, PD-L1, MSI – mikrosatelītu nestabilitāte), lai precizētu audzēja veidu un ārstēšanas iespējas (ķīmijterapija, imūnterapija vai mērķterapija).

Ja attālu metastāžu biopsija tehniski nav iespējama bez lielas ķirurģiskas manipulācijas un pastāv slimības diseminācijas risks vai ir augsts komplikāciju risks, un ja pacientes vispārējais veselības stāvoklis ir smags (ECOG/PVO skala ≥ 3), (1. tabula), tad to neveic.

5. Multidisciplinārs konsīlijs pacientei ar onkoloģisku diagnozi

Pacientei, kurai ir apstiprināts dzemdes ķermeņa vēža recidīvs, tiek organizēts multidisciplinārs konsīlijs, kurā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, onkoginekologs vai ginekologs, radiologs diagnostis, patologs un ārstējošais ārsts.

Konsīlija mērķis ir lemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši atradei, pacientes vispārējam stāvoklim un prognozei.

6. Paliatīvā aprūpe un simptomātiska terapija

Ja pacientes vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG ≥ 3), turpmāka izmeklēšana un ārstēšana nav mērķtiecīga.

Šajā gadījumā ģimenes ārsts var nodrošināt simptomātisko terapiju vai arī rekomendēt paliatīvās aprūpes ārsta konsultāciju.

Paliatīvā aprūpe ir aktīva un visaptveroša to pacientu, kuru izārstēšana vairs nav iespējama, aprūpe. Tās prioritātes ir sāpju un citu simptomu, kā arī sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmu kontrole, ņemot vērā, ka paliatīvā aprūpe savā pieejā ir starpdisciplināra un aptver

pacientus, ģimeni un apkārtējo sabiedrību, nodrošinot pacientiem nepieciešamās vajadzības neatkarīgi no vietas, kur viņi atrodas (mājās vai slimnīcā), ar nolūku saglabāt labāko iespējamo dzīves kvalitāti, līdz iestājas nāve.

Paliatīvo aprūpi pacientiem ar noteiktām diagnozēm var nodrošināt gan stacionārā, gan ambulatori – ģimenes ārsta uzraudzībā, veicot mājas vizītes.

Atsauces

1. Klīniskās vadlīnijas. Dzemdību kakla vēža (C53) diagnostika, stadijas noteikšana, ārstēšana un novērošana. Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centrs. Vadlīniju izstrādes darba grupa; 2012.
<https://www.spkc.gov.lv/lv/registretas-2013gada/5114b4cef19921.pdf>
2. Paliatīvā aprūpe; 2020. https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativa-aprupe?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
3. Vēža slimnieku dinamiskā novērošana. Klīniskie ceļi. Asoc. prof. Dace Baltiņa, Līga Kozlovska; 2020.
https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/content/Profesionaliem/Kliniskie%20algoritmi%20un%20pacientu%20ceļi/Onkologija/Pacientu%20ceļi/12_dinamiska-noverosana_kliniskais-cels.pdf
4. 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
5. Kontrastvielu lietošanas vadlīnijas. Eiropas Uroģenitālās radioloģijas biedrība.
http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF
6. Monitoring a patient for uterine cancer recurrence.
<https://moffitt.org/cancers/endometrial-uterine-cancer/recurrence/>
7. A. Oaknin, T. J. Bosse, C. L. Creutzberg, G. Gianneli, P. Harter, F. Joly, D. Lorusso, C. Marth, V. Makker, M. R. Mirza, J. A. Ledermann & N. Colombo, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up; 2022.
<https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2822%2901207-8>

Pielikumi

Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem

Vispārējie jautājumi:

MR izmeklējumus veic pēc ārsta nosūtījuma un indikācijām.

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

Pacients pirms MR izmeklējuma aizpilda anketu (1. pielikums) 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.

Izmeklējums tiek veikts trīs savstarpēji perpendikulārās plaknēs: aksiālā (ax.), sagitālā (sag.), koronārā (cor.). Izmeklējumu veic, pacientam guļot horizontāli uz muguras (supinācijas pozīcijā), vai guļot 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 alergiskām 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:

1. 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>*

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

Multidisciplināra 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.

Arst-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 kurvī/vēderam/mazajam iegurnim/skeleta scintigrāfija/PET-CT /Onkomarkieri/citi izmeklējumi)

Slēdziens:**Konsīlija vadītājs:**

(specialitāte; vārds, uzvārds; paraksts)

Konsīlija loceklis:

(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