



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”

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

Centrālās nervu sistēmas audzēji (C71, C72)

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

**Rīga
2023**

Saturs

| | |
|--|----|
| Saturs | 2 |
| Algoritma lietotāju mērķa grupa | 3 |
| Saīsinājumi | 3 |
| Klīniskā algoritma shēma | 4 |
| Klīniskā algoritma apraksts | 5 |
| Atsauces..... | 13 |
| Pielikumi | 14 |
| Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem | 14 |
| Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību..... | 15 |

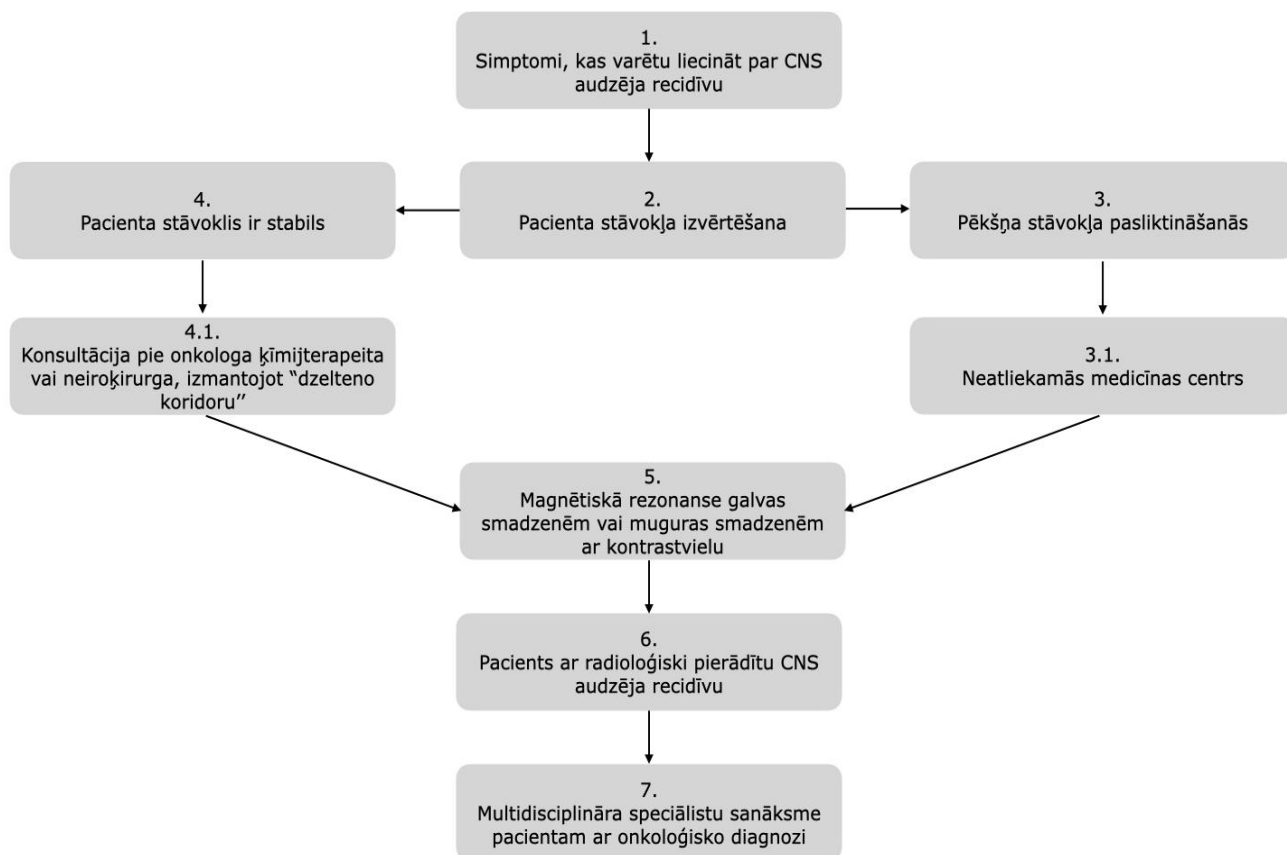
Algoritma lietotāju mērķa grupa

- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Neuroķirurgi (P 04)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Neurologi (P 20)
- Internisti (P 01)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Patologi (P 33)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvais materiāls mācību procesā)

Saīsinājumi

| | |
|-------|--|
| CNS | – centrālā nervu sistēma |
| ECOG | – Eastern Cooperative Oncology Group |
| MR | – magnētiskā rezonanse |
| PSKUS | – Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca |
| RAKUS | – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca |
| CT | – datortomogrāfija |

Klīniskā algoritma shēma



Klīniskā algoritma apraksts

1. Simptomi, kas varētu liecināt par CNS audzēja recidīvu

Pacientus ar CNS audzējiem uzrauga un novēro onkologs ķīmijterapeits un/vai neiroķirurgs, veicot regulārus radioloģiskus izmeklējumus un vizītēs izvērtējot pacienta stāvokli un sūdzības. Recidīvs ir audzēja prolongēta augšana (audzējs aug tajā pašā vietā) vai attīstība jaunā smadzeņu rajonā.

Šis algoritms izstrādāts kā palīgs ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem, kuri uzrauga pacientu starp onkologa vai neiroķirurga vizītēm. Izvērtējot pacientu, jāņem vērā gan vispārējais stāvoklis (blakusslimības, intoksikācija, aktivitāte), gan neiroloģiskais stāvoklis. Turpmāk tekstā ar pacienta stāvokļa izvērtēšanu apzīmēta gan vispārējā, gan neiroloģiskā stāvokļa izvērtēšana.

Lai izvērtētu pacienta stāvokli, būtiski ir noskaidrot, ar kādiem simptomiem izpaudās CNS audzējs pirmreizējas diagnozes atklāšanas brīdī. Jo, tā kā CNS audzēji visbiežāk recidivē lokāli, tad simptomi recidīva gadījumā bieži vien ir tādi paši kā slimības sākumā. Jāpiebilst, ka nav izslēgta arī jaunu neiroloģisku sūdzību parādīšanās. Recidīva gadījumā sūdzības ir neiroloģiskas, jo CNS audzēji parasti ārpus CNS neizplatās. Būtiski arī noskaidrot, vai pacients pašlaik nesaņem staru terapiju un/vai ķīmijterapiju. Jo specifiska terapija arī var izraisīt neiroloģisko sūdzību pastiprināšanos un jaunu neiroloģisko sūdzību rašanos. Šādos gadījumos rekomendējam pacientam konsultēties ar savu radiologu terapeitu un/vai onkologu ķīmijterapeitu, kas novērtēs, vai šie simptomi var būt saistīti ar terapiju. Agresīvi galvas smadzeņu audzēji, kā, piemēram, glioblastomas, bieži vien recidivē 6–12 mēnešu laikā, bet indolentiem CNS audzējiem recidīvs var būt pat pēc vairākiem gadiem. Visu šo laiku pacientam ir jāatrodas onkologa ķīmijterapeita un/vai neiroķirurga uzraudzībā, apmeklējot speciālistu ik pēc 3, 6, 12 mēnešiem.

Neiroloģiskās sūdzības un izpausmes var būt variablas un katram pacientam individuālas. Viens no būtiskākajiem kritērijiem, izvērtējot pacienta sūdzības, ir novērtēt, vai šis simptoms ir iepriekš jau bijis un būtiski nemainās vai arī tas ir jauns. Svarīgi pacienta izvērtēšanā lūgt palīdzību arī pacienta radniekiem, jo pacientiem ar CNS audzējiem var būt domāšanas un atmiņas traucējumi. Ja pacientam ir parādījies kāds jauns neiroloģisks simptoms vai jau iepriekš zināma sūdzība progresē, tad pārejiet uz nākamo algoritma punktu.

Šeit minēti iespējamie simptomi un sūdzības, kas raksturīgas pacientiem ar CNS audzējiem:

- **pirmreizēja epilepsija vai epilepsijas progresija.** Šajā gadījumā jānoskaidro anamnēze un tas, vai pacientam jau iepriekš bijušas epilepsijas lēkmes vai pirms ārstēšanās vai ārstēšanās laikā bijušas lēkmes. Ja epilepsijas lēkmes ir jau zināma diagnoze, tad jānoskaidro, vai pacientam epilepsijas lēkmes kļuvušas biežākas, tās kļuvušas citādas, vai pacients lieto pretepilepsijas zāles un nav mainījis šo zāļu lietošanas režīmu, vai nav bijuši kādi riska faktori (alkohols, liela fiziska slodze), kas varētu provocēt epilepsijas lēkmes. Ja pacientam epilepsiju konstatē pirmo reizi vai epilepsijas lēkmes kļūst biežākas vai atšķiras no agrāk notikušajām, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **pēkšņas, patvaļīgas muskuļu kustības vai krampji.** Atsevišķiem pacientiem pēc terapijas saglabājas patvaļīgas muskuļu kustības. Svarīgākais ir noskaidrot, cik bieži ir krampji, vai ir kādi faktori, kas provocē šos krampjus un vai dinamikā šie krampji ir kļuvuši biežāki. Ja patvaļīgas ķermeņa kustības, kas skar lielākoties vienu pusi, sākušās pirmo reizi mūžā vai dinamikā pieaug to intensitāte, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **vienas puses centrālas jeb spastiskas parēzes parādīšanās vai pasliktināšanās.** Parēze ir biežs neiroloģisks simptoms pacientiem ar CNS audzējiem galvas smadzenēs. Bieži vien pēc saņemtās terapijas parēze pāriet vai mazinās, taču, ja vienas puses parēze parādās pirmo reizi vai pastiprinās, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **motoras un/vai sensoras afāzijas simptomu rašanās vai pasliktināšanās.** Motoras un/vai sensoras afāzijas simptomu pasliktināšanos ne vienmēr ir viegli izvērtēt konsultācijas laikā. Būtu noderīgi apjautāties radniekiem par pacienta spējām saprast informāciju un izteikties un vai radnieki ir pamanījuši kādu pasliktināšanos. Ja motora un/vai sensora afāzija ir jauns simptoms vai ir aizdomas, ka tā dinamikā progresē, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **vienas acs redzes pasliktināšanās vai kāda redzes lauka izkrišana.** Pacientiem ar CNS audzējiem var būt redzes lauka izkrišana ar redzes pasliktināšanos, ja audzējs infiltrē redzes nervu vai redzes traktu. Bieži vien pacienti neredz perifēro vai mediālo redzes lauku, augšējo vai apakšējo redzes lauku. Vizītes laikā pacientam jāaizsedz veselā acs un jālūdz izvērtēt, kuru redzes lauku viņš redz un kuru neredz, ja vien pacientam nav arī citi neiroloģiski simptomi, kas varētu traucēt pacientam izprast uzdevumu. Ja ir aizdomas, ka pacientam ir izzudis redzes lauks vai pacients neredz ar vienu aci un simptomi ir

parādījušies īsā laika periodā, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu. Ja pacienta sūdzības ir neskaidras un ir jau zināma glaukomas vai kataraktas diagnoze, tad pacientam indicēta oftalmologa konsultācija;

- **neizskaidrojama slikta dūša vai pēkšņa vemšana ar strūklu.** Slikta dūša CNS audzēja gadījumā ir biežāk nekā vemšana. Lielākoties slikta dūša ir pastāvīgi bez provocējošiem faktoriem, un antiemētiku efekts ir minimāls. Rūpīgi jānoskaidro anamnēze, ko pacients ir ēdis, vai arī kādam no mājiniem nav slikta dūša, vai pacients nesaņem ķīmijterapiju, vai ir kādi provocējošie faktori, vai nav atviļņa slimība. Ja ir aizdomas par CNS audzēja izraisītu sliktu dūšu un/vai vemšanu, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **gaitas vai līdzsvara traucējumi.** Pēc CNS audzēju ārstēšanas pacientam var saglabāties pārvietošanās un koordinācijas traucējumi. Bieži vien pacientiem ir nepieciešamas palīgierīces, lai pārvietotos. Ja šādi simptomi iepriekš nav novēroti vai īsā laika periodā tie ir pastiprinājušies, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **neskaidras etioloģijas strauji progresējoši samaņas vai uztveres traucējumi.** Pacientiem ar CNS audzējiem var būt izmainīta kognitīvā funkcija, ko ne vienmēr uzreiz var pamanīt. Lielākajai daļai ir arī atmiņas traucējumi. Šo klīnisko simptomu ārsts var izvērtēt vieglāk, ja pacients regulāri apmeklē ārstu, jo parasti paši pacienti nevar izvērtēt savas kognitīvās funkcijas pasliktināšanos. Šajā gadījumā būtu jālūdz radniekiem izteikties, vai ir pamanījuši kādus sapratnes traucējumus. Šie simptomi var izpausties arī ar izteiktu miegainību, pacients spēj nogulēt miegā vienu, divas diennaktis, nespēj rakstīt, lasīt, atcerēties iepriekš izmantotu valodu, var būt pēkšņas agresivitātes izpausmes, personības izmaiņas, redzes, dzirdes, ožas halucinācijas. Ja šādi simptomi progresē vai ir parādījušies no jauna, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **pakāpeniski pieaugoši jušanas traucējumi.** Visbiežāk jušanas traucējumi skar vienas puses roku un/vai kāju un biežāk ir saistīti ar CNS audzējiem galvas smadzenēs, turpretī audzēji, kas lokalizēti muguras smadzenēs, izpaužas vienā vai abās ķermeņa pusēs uz leju no bojājuma līmeņa. Jušanas traucējumi un perifēras neiropātijas var būt arī ķīmijterapijas blakne, tad tā parasti ir simetriska un vairāk skar plaukstas un pēdas. Ja jušanas traucējumi pastiprinās, mainās vai parādās pirmo reizi dzīvē, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;

- **hroniskas, progresējošas, īpaši rīta vai nakts galvassāpes.** Pacienti ar CNS audzējiem var būt galvassāpes, bet tās ne vienmēr norāda uz audzēja progresiju. Jo galvassāpes kā simptoms, kas norādītu uz CNS audzējiem, ir reti. Biežāk galvassāpes ir citu iemeslu izraisītas. Galvassāpes galvas smadzeņu audzēja gadījumā ir spēcīgas, pretsāpju medikamenti lielākoties ir mazefektīvi vai palīdz ļoti īslaicīgi, un tās nepāriet pašas no sevis. Ja pacientam ir spēcīgas galvassāpes, kas nereaģē uz pretsāpju medikamentiem, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu;
- **topiska neiroloģiska simptomātika, kas norāda uz iespējamu muguras smadzeņu bojājumu** un tā līmeni, piemēram, abpusējas parēzes, lokalizētas dermatomālas sāpes, jušanas, urinācijas vai vēdera izejas traucējumi. Pacienti, kam ir bijis diagnosticēts muguras smadzeņu audzējs, ir jānovērtē, vai neparādās jauna vai progresējoša vienas rokas vai vienas kājas parēze, jušanas traucējumi. Jāizvērtē jaunas vai progresējošas spēcīgas sāpes mugurkaulā, pievēršot uzmanību mugurkaula rajonam, kur bijis audzējs. Ja pacientam parādās mazā iegurņa darbības traucējumi, kā nespēja sākt urināciju vai spontāna urinācija un/vai defekācija, tad dodieties uz algoritma nākamo punktu.

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā neattiecas uz pacientiem, kuriem jau iepriekš onkoloģiskais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un/vai paliatīvu aprūpi.

2. Pacienta stāvokļa izvērtēšana

Izvērtējot pacienta stāvokli, jāņem vērā pacienta audzēja veids, saņemtā terapija, citas blakusslimības un jau iepriekšējie simptomi. CNS audzēju gadījumā pacienta stāvoklis var ļoti strauji pasliktināties, un ātri jārīkojas, lai varētu palīdzēt pacientam. Jāatceras, ka pacientiem ar CNS audzējiem terapijas laikā un arī pēc terapijas var dekompensēties citas blakusslimības, kas būtu jāizmeklē un jāārstē atbilstoši konkrētai situācijai.

CNS audzējs var progresēt lēnām. Var rasties jauni simptomi vai pasliktināties jau esošie vairāku nedēļu un pat mēnešu laikā.

Agresīvāku CNS audzēju gadījumā sūdzības var sākties pēkšņi un strauji pasliktināt pacienta stāvokli. Pacients no aktīva var kļūt aprūpējams.

Lai saprastu, vai pacients sakarā ar aizdomām par CNS audzēja recidīvu ir virzāms pa “dzeltenu koridoru”, kas var aizņemt maksimāli līdz 30 dienām no konsultācijas brīža līdz multidisciplināram konsīlijam, vai nosūtāms uz neatliekamās medicīnas centru, lai palīdzība tiktu sniegta ātrāk, ir nepieciešams izvērtēt, vai sūdzības progresē strauji, kas apdraud pacienta dzīvību, vai progresē lēni un pacienta stāvoklis ir stabils.

Ja pacienta stāvoklis ir stabils, tad dodieties uz 4. punktu.

Ja pacienta stāvoklis **pēkšņi** ir pasliktinājies, piemēram, sākusies vienas puses parēze, stipras nekupējamas galvassāpes, motora/sensora afāzija, epilepsijas lēkmes vai citi simptomi (skatīt 1. punktu), vai ir aizdomas par muguras smadzeņu kompresijas sindromu (muguras smadzeņu kompresijas sindroma gadījumā papildus skatiet algoritmu “Rīcība gadījumos, kad “sarkanā karoga simptomi” liecina par audzēju un pacientu nepieciešams tūlītēji nosūtīt uz stacionāru ārstniecības iestādi”), tad pacients ir jānosūta uz neatliekamās medicīnas centru. Vēlams pacientu novirzīt uz to slimnīcu, kur pacients ir saņēmis iepriekšējo ārstēšanu.

3. Pēkšņa stāvokļa pasliktināšanās

Parasti agresīva slimības gaita ir raksturīga Gr4 audzējiem, kā glioblastomām un gliosarkomām, bet arī Gr1, Gr2, Gr3 audzēji var sākt strauji augt un tiem piemīt spēja transformēties agresīvākos audzējos.

Bieži vien pacientiem pēc saņemtās primārās audzēja specifiskās terapijas saglabājas kādi neiroloģiski simptomi, bet ir arī pacienti, kuriem nav nekādu funkcionālu ierobežojumu. Tas atkarīgs no audzēja lokalizācijas un saņemtās terapijas apjoma.

Ja ģimenes ārsts vai ārsts speciālists pamana, ka pacientam strauji progresē kāds jau esošs simptoms vai pēkšņi rodas jauns simptoms (skatīt 1. punktu), kas dažu dienu vai nedēļu laikā pasliktinājis pacienta stāvokli, tad šādos gadījumos rekomendē pacientu nosūtīt uz neatliekamo medicīnisko centru, lai veiktu izmeklējumus un sniegtu pacientam palīdzību pēc iespējas ātrāk.

Ja pacientam rodas akūti mazā iegurņa funkcijas traucējumi (muguras smadzeņu kompresijas sindroma gadījumā papildus skatīt algoritmu “Rīcība gadījumos, kad “sarkanā karoga simptomi” liecina par audzēju un pacientu nepieciešams tūlītēji nosūtīt uz stacionāru ārstniecības iestādi”), tad pacients ir neatliekami stacionējams izmeklēšanai.

3.1. Neatliekamās medicīnas centrs

Šajā etapā neatliekamās medicīnas centra ārsti izvērtē pacienta stāvokli un veic izmeklējumus. Ja ir aizdomas par CNS audzēja recidīvu, tad pacientam tiek veikta CT galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajām daļām ar kontrastvielu (ja ir laba nieru funkcija, nav alerģijas uz kontrastvielu), lai izslēgtu vai pierādītu recidīvu. Ja pēc CT izmeklējuma ir aizdomas par audzēja recidīvu, tad tiek piesaistīts neiroķirurgs (par saziņas iespējām sīkāk skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”). Neiroķirurgs izvērtē, vai papildus ir nepieciešama MR galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajai daļai.

Ja pacients ir stacionēts reģionālajā slimnīcā, jāveic CT galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajai daļai ar kontrastvielu. Ja papildus nepieciešams MR izmeklējums

un tas nav nodrošināms attiecīgajā stacionārā, bet ir aizdomas par CNS audzēja recidīvu un pēc saņemtās terapijas pacienta stāvoklis saglabājas smags, tad pacients ir jāpārved uz stacionāru, kur var veikt MR izmeklējumu.

Ja pacients stacionēts reģionālajā slimnīcā, jāveic CT galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajai daļai ar kontrastvielu. Ja papildus nepieciešams MR izmeklējums un tas nav nodrošināms attiecīgajā stacionārā, bet ir aizdomas par CNS audzēja recidīvu un pēc saņemtās terapijas pacienta stāvoklis ir uzlabojies un ir stabils, tad pacientu var virzīt uz konsultāciju pie onkologa ķīmijterapeita vai neiroķirurga, izmantojot “dzeltenu koridoru”. Konsultāciju piesaka un nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts vai ārsts speciālists.

4. Pacienta stāvoklis ir stabils

Ģimenes ārstam vai ārstam speciālistam ir nepieciešams izvērtēt pacienta stāvokli. Ja pacienta stāvoklis ir stabils – ECOG 0, ECOG 1, ECOG 2, ECOG 3 (skatīt ECOG aprakstu pielikumā) –, dinamikā jau tāds ir ilgstoši un pēdējo nedēļu laikā nav pasliktinājies un pašlaik ir pievienojušies jauni neiroloģiskie simptomi vai progresē esošie neiroloģiskie simptomi, kas neapdraud pacienta dzīvību, tad, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacients ir jāsūta pie ārstējošā neiroķirurga vai onkologa ķīmijterapeita. Vizīti, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacientam piesaka ģimenes ārsts vai ārsts speciālists. Sīkāk par “dzeltenā koridora” iespējām skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”.

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumos **neattiecas uz pacientiem**, kuriem jau iepriekš onkoloģiskais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un/vai paliatīvu aprūpi. Šādi pacienti nav jāsūta pie ārsta speciālista, bet simptomu pasliktināšanās gadījumā jānovirza pie paliatīvās aprūpes speciālista.

4.1. Konsultācija pie onkologa ķīmijterapeita vai neiroķirurga, izmantojot ”dzeltenu koridoru”

Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists izsniedz pacientam nosūtījumu ar pacienta diagnozi pēc SSK10 klasifikācijas un norādot pacientu grupu “C2P – Ļaundabīgo audzēju recidīvu primāra diagnostika”. Pacients konsultāciju pie speciālista (onkologa ķīmijterapeita vai neiroķirurga) saņem 10 darba dienu laikā. Pacients ir jāvirza uz to pašu slimnīcu un pie tā paša ārstējošā ārsta, kas nodrošinājis primāro audzēja ārstēšanu (sīkāk skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”).

Onkologs ķīmijterapeits vai neiroķirurgs izvērtē pacienta stāvokli, pacienta sūdzības un, ņemot vērā pacienta audzēju, iepriekš saņemto terapiju, potenciālās terapijas iespējas un sūdzību veidu un attīstības dinamiku, nolemj, vai pacientam jāveic MR izmeklējums.

Ja esošo sūdzību iemesls nav neiroloģisks vai sūdzības ir tādas pašas kā iepriekšējās vizītēs, tad MR izmeklējums nav indicēts un pacientu turpina novērot onkologs

ķīmijterapeits vai neiroķirurgs. Kā arī, ja pacienta stāvoklis ir smags – ECOG 3 vai ECOG 4 – un tālāka specifiskā terapija nav iespējama, tad MR izmeklējuma veikšana nav mērķtiecīga (visbiežāk gadījumos, kad pacienta smagā stāvokļa dēļ nav iespējama tālāka specifiska pretaudzēja terapija).

Ja ārsts speciālists nolemj neveikt MR izmeklējumu smagā stāvokļa dēļ, tad onkoloģiskajā konsīlijā tiek lemts par simptomātisku terapiju, ja vien jau iepriekš nav bijis tāds konsīlija lēmums.

Ja speciālists nolemj, ka ir nepieciešama MR, tad izmeklējums tiek veikts ar ārsta speciālista nosūtījumu, izmantojot “dzeltenu koridoru” (sīkāk skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”).

5. Magnētiskā rezonanse galvas smadzenēm vai muguras smadzenēm ar kontrastvielu

Magnētiskā rezonanse pašlaik ir visefektīvākā pieejamā radioloģiskā metode, ar kuras palīdzību var pierādīt CNS audzēja recidīvu.

Magnētiskā rezonanse jāveic ar kontrastvielu, lai varētu izvērtēt audzēja veidu (piemēram, kontrastvielu krājoši audzēji var norādīt uz agresīvāku audzēju) un palīdzētu atšķirt audzēja recidīvu no izmaiņām pēc terapijas. Ja kontrastvielas ievade ir kontrindicēta, tad jāveic MR bez kontrastvielas.

Ja pacients kādu iemeslu dēļ nav spējīgs mierīgi nogulēt izmeklējuma laikā vai pacientam ir klaustrofobija, tad MR izmeklējums jāveic vispārējā anestēzijā.

MR izmeklējums ir kontrindicēts, ja pacientam ir metāla svešķermeņi, kurus nav iespējams noņemt. Ja pacientam ir elektrokardiostimulators, tad pirms MR veikšanas tas ir jāizslēdz. Gadījumos, kad MR izmeklējums ir kontrindicēts, nepieciešams veikt CT izmeklējumu galvas smadzenēm vai muguras smadzenēm ar kontrastvielu.

Ja pacientam pirms tam ir veikta CT galvas vai muguras smadzenēm un par audzēja recidīvu pēc izmeklējuma nav iespējams spriest, tad jāveic MR galvas vai muguras smadzenēm, lai izslēgtu vai apstiprinātu audzēja recidīvu.

MR izmeklējumu var veikt neatliekamās medicīniskās palīdzības centrā, ja pacientam novēroti akūti simptomi un stāvokļa pasliktināšanās, vai ambulatori, izmantojot “dzeltenu koridoru”.

Nosūtījumu uz MR izmeklējumu ambulatori izsniedz ārsts speciālists, norādot diagnozi atbilstoši SSK10 klasifikācijai un formulējumu “CP – Personas ar ļaundabīgo audzēju diagnozi, kas saņem prioritāros pakalpojumus”.

6. Pacients ar radioloģiski pierādītu CNS audzēja recidīvu

Pacientam, kuram MR izmeklējumā konstatēts audzēja recidīvs, tiks organizēts multidisciplinārs onkoloģiskais konsīlijs, lai lemtu par tālāko ārstēšanas taktiku.

Multidisciplināru onkoloģisko konsīliju var organizēt arī pēc audzēja recidīva operatīvas terapijas.

Onkoloģiskā konsīlija veidlapu aizpilda un pacientu prezentē tas speciālists, kas ambulatori nozīmējis MR izmeklējumu, vai ārsts speciālists, kurš ārstē pacientu pēc neatliekamās medicīnas centrā veiktajiem izmeklējumiem.

Ja pacientam CT un/vai MR izmeklējums veikts reģionālajā slimnīcā un radioloģiski apstiprinās aizdomas par audzēja recidīvu, un pacienta stāvoklis ir smags, tādā gadījumā ārstējošam ārstam jāsažinās ar onkologu ķīmijterapeitu vai neuroķirurgu, kas pacientu ārstējis (par saziņas iespējām sīkāk skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”). Onkologs ķīmijterapeits vai neuroķirurgs aizpildīs onkoloģiskā konsīlija veidlapu un prezentēs pacientu onkoloģiskajā konsīlijā .

Ja pacientam CT un/vai MR izmeklējums veikts reģionālajā slimnīcā, radioloģiski apstiprinās aizdomas par audzēja recidīvu un pacienta stāvoklis ir uzlabojies un stabils, tad pacientu var sūtīt pie onkologa ķīmijterapeita vai neuroķirurga, izmantojot “dzeltenu koridoru” (sīkāk skatiet dokumentā “Klīniskie ceļi”).

Ja MR izmeklējumā recidīvs neapstiprinās, tad pacientu turpina novērot onkologs ķīmijterapeits un/vai neuroķirurgs.

7. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisko diagnozi

Pacientu onkoloģiskajam konsīlijam piesaka ārsts, kas pacientu nosūtījis uz magnētisko rezonansi ambulatori, vai ārsts, kas pacientu ārstē stacionārā pēc neatliekamās medicīnas centra uzņemšanas nodaļas etapa.

Onkoloģiskajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, neuroķirurgs, radiologs diagnostics, patologs, ārstējošais ārsts un/vai neirologs. Onkoloģiskā konsīlija mērķis ir izlemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta stāvoklim, audzēja histoloģijai un prognozei. Onkoloģiskajā konsīlijā attālināti var piedalīties arī ārstējošais ārsts, ja pacients atrodas reģionālajā slimnīcā.

Onkoloģiskais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kuriem nav veikta MR smagā (neiroloģiskā un/vai somatiskā) stāvokļa dēļ, bet pacients ir nosūtīts pie neuroķirurga vai onkologa ķīmijterapeita vai ticis akūti stacionēts. Šādos gadījumos onkoloģiskais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

Atsauces

NCCN guidelines. Central nervous system cancers. Version 2.2022

ESMO Clinical Practice Guidelines: Neuro-Oncology.

High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. Volume 25, supplement 3, iii93-iii101, September 2014.

<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/laundabigo-audzeju-diagnostika>

Par “dzelteno koridoru” – Nacionālais veselības dienests.

<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/13958/download>

Pielikumi

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 Karnof ska | 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 slim. 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 saslīmšanu.

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 sēdratiem 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 /Onkomarkķeri/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