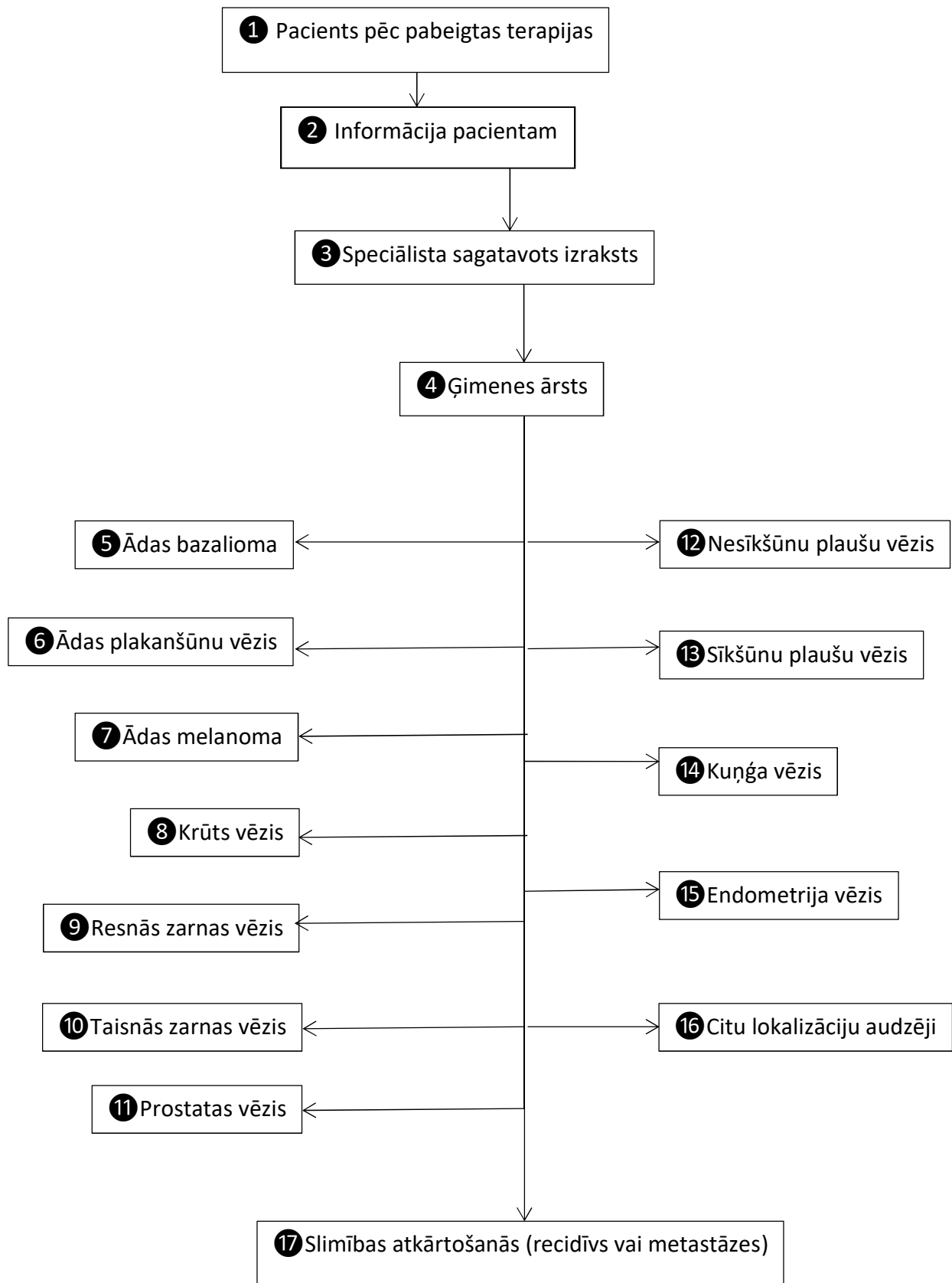


Vēža slimnieku dinamiskā novērošana
ALGORITMS

Autori: Asoc. prof. Dace Baltiņa,
Dr. Līga Kozlovska



1 Pacients pēc pabeigtas terapijas

Tas ir pacients, kuram:

- Pilnībā pabeigts adjuvantās (profilaktiskās) terapijas etaps:
 - Operācija, ja tā ir bijusi vienīgā terapijas metode;
 - Apstarošana, ja tā ir bijusi vienīgā terapijas metode;
 - Kombinēta terapija (operācija ± apstarošana ± sistēmiska medikamentoza terapija);
- Daļēji pabeigts adjuvantās terapijas etaps, ko pacients var turpināt ambulatoriski (perorāli lietojamie medikamenti) ģimenes ārsta uzraudzībā;
- Pilnībā vai daļēji (perorāli lietojamus medikamentus turpina lietot ģimenes ārsta uzraudzībā) pabeigts paliatīvās (neradikālās) terapijas etaps;
- Tiek veikta simptomātiskā terapija ģimenes ārsta pārraudzībā.

2 Informācija pacientam

Dinamiska novērošana ir regulāra sekošana jūsu veselībai, kas paredz ne tikai regulāras vizītes pie ģimenes ārsta, bet arī konkrētu izmeklējumu veikšanu. Vairumā valstu to dara ģimenes ārsti. Nav iespējams uzskaitīt visus tos iespējamus simptomus un sūdzības, kas varētu norādīt uz slimības atjaunošanos (recidīvs) vai metastāzēm. Daudzos gadījumos, tāpat kā slimības sākumā, konkrētu sūdzību vai pat izmaiņu izmeklējumos nemaz nav. Tādēļ ļoti rūpīgi jāseko savai pašsajūtai un par jebkurām veselības pārmaiņām, ja tās ilgst vismaz trīs nedēļas pēc kārtas jāinformē savas ģimenes ārsts, kurš tad veiks attiecīgus papildus izmeklējumus, organizēs konsultācijas vai pat nosūtīs uz stacionāru. Atsevišķu audzēju gadījumos ģimenes ārsts var nozīmēt jums mērķtiecīgus izmeklējumus, pat ja nekādu īpašu sūdzību jums nav. Taču pasaules pieredze rāda, ka, ja cilvēkam nav pilnīgi nekādu sūdzību un arī analīzes nenorāda uz kaut kādiem vēnā ņemamiem traucējumiem, tad papildu vizuālās diagnostikas izmeklējumi tiek veikti vadoties no klīniskās situācijas, ko novērtē ārsts. Vislielākais slimības atjaunošanās vai metastazēšanās risks ir pirmajos 3-5 gados pēc diagnozes noteikšanas. Tādēļ šajā laikā, lūdzu, ievērojiet visus ārsta novērojumus par vizīšu biežumu un veicamajiem izmeklējumiem. Daudzos gadījumos rūpīga dinamiska novērošana var būtiski pagarināt dzīvi, aktīvos darba gadus un uzlabot dzīves kvalitāti.

Pamatā novērošanu veic ģimenes ārsts, kurš ir arī vislabāk informēts un zinošs par citām jūsu veselības problēmām. Taču nepieciešamības gadījumā ģimenes ārsts jūs nosūtīs pie speciālista. Jums ir tiesības brīvi izvēlēties pie kāda speciālista vērsties pēc padoma. Daudzviet pacientiem ar augstu metastazēšanās risku piedāvā veikt PET/CT izmeklējumu, kas Latvijā

pagaidām ir valsts apmaksāts pakalpojums tikai ierobežotam diagnožu skaitam, ko nosaka NVD. Valsts apmaksātu PET/CT izmeklējumu šobrīd ar ārstu konsīlija lēmumu veic šādos gadījumos pacientiem ar:

- krūts vēzis – distālo metastāžu izslēgšanai ļaundabīgā audzēja III stadijā;
- bronhu, plaušu vēzi – ļaundabīgā audzēja I-III stadijā;
- resnās un taisnās zarnas vēzi – iepriekš diagnosticētu distālu metastāžu novērtēšanai potenciāli operējamiem pacientiem;
- melanomu – ļaundabīgā audzēja III vai IV stadijā;
- bērniem, ja šādu lēmumu ir pieņēmis bērnu hematoloģu konsīlijs;
- ar hematoloģu konsīlija lēmumu – limfoīdo audu ļaundabīgo audzēju un mielomas ekstramedulāras diseminācijas novērtēšanai.

Jārēķinās, ka laika gaitā NVD var paplašināt indikācijas valsts apmaksāta PET/CT veikšanai, un tā kā šīs indikācijas nosaka NVD tad aicinām interesēties pašā NVD (tālrunis uzziņām 8000123). Jums ir tiesības veikt šo izmeklējumu arī par personīgiem vai apdrošinātāja līdzekļiem, ja ārsts uzskata to par nepieciešamu.

Dinamiskā novērošana lielā mērā ir arī jūsu personīga atbildība ne tikai attiecībā uz ārsta apmeklējumiem un izmeklējumu veikšanu, bet arī veselīga dzīvesveida ievērošanu, kam bieži ir būtiska loma jūsu turpmākajā liktenī.

3 Speciālista sagatavots izraksts

Pēc terapijas pabeigšanas speciālists sagatavo izrakstu ģimenes ārstam (izrakstam jāpievieno konsīlija slēdziens, ja tāds ir bijis), kurā būtu atspoguļota sekojoša informācija:

- Diagnoze un tās SSK-10 kods;
- Veiktā operācija, tās laikā vai pēcoperācijas periodā radušās komplikācijas;
- Audzēja histoloģiskās verifikācijas apraksts (morfoloģija, diferenciācijas pakāpe, gradācija, kā arī citi būtiski molekulārbioloģiski vai ģenētiski rādītāji, ja tādi ir noteikti);
- Veiktā apstarošana (dozas, vietas, režīmi);
- Saņemtā sistēmiskā medikamentozā terapija (medikamenti, to kombinācijas, devas, režīmi) un tās laikā radušās komplikācijas;
- Prognoze attiecībā uz izārstēšanos, dzīvildzi, invalidizāciju;
- Rekomendācijas, kam sekot un ar ko rēķināties.

4 Ģimenes ārsts

Turpmāko dinamisko novērošanu pēc pabeigtas specifiskās ārstēšanas veic ģimenes ārsts, nepieciešamības gadījumā nosūtot pacientu pie speciālista atkārtotai konsultācijai, specifisku izmeklējumu veikšanai, terapijai, tās pārtraukšanai vai mainīšanai un smagāku vai neparastāku terapijas komplikāciju konsultēšanai. Īpaši tas sakāms par smagām medikamentu izraisītām komplikācijām, kad ģimenes ārsts pacientu nosūta pie tā speciālista, kurš šos medikamentus ir ordinējis. Ģimenes ārstam nav jāuzņemas atbildība par specifisko medikamentu blaknēm. Savukārt to korekciju ģimenes ārsts var veikt tikai pēc detalizētas informācijas saņemšanas no speciālista. Atkarībā no klīniskās situācijas, pacients var vērsties pie speciālista (onkologa ķīmijterapeita, radiologa terapeita, ķirurga, ginekologa onkologa vai ginekologa dzemdību speciālista, paliatīvās aprūpes speciālista). Ģimenes ārsts nenosūta pacientu uz ārstu konsīliju specializētajā iestādē. To dara tikai attiecīgās jomas speciālists.

Dinamiskā novērošanā neietilpst simptomātiskā terapija (ieskaitot sāpju terapiju), tādēļ tā šeit nav aplūkota.

5 Ādas bazalioma¹.

Skrīninga ādas nemelanomatozo audzēju, vai tā atkārtosšanās un metastāžu atklāšanai nav, jo šie audzēji pamatā ir lokāli augoši un distālas metastāzes attīstās ļoti reti. Taču jāpievērš vērība sākotnējā audzēja lokalizācijas vietai un reģionālajiem limfmezgliem, jo nepilnīgas audzēju šūnu eliminācijas vai likvidācijas gadījumos, iespējams recidīvs iepriekš atrastā audzēja apvidū. Cita veida izmeklējumi, ja nav ļoti konkrētu sūdzību netiek rekomendēti.

Pacients pēc pabeigtas primārās terapijas (operācija, apstarošana vai lokāla medikamentozā terapija) bez slimības pazīmēm	Visas ķermeņa ādas apskate: <ul style="list-style-type: none">• pirmos piecus gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem,• pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacienta izglītošana par pašizmeklēšanos un izsargāšanos no saules starojuma
---	---

¹ Basal Cell Skin Cancer NCCN Evidence Blocks Version 1, 2019 – August 31,2018
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf

6 Ādas plakanšūnu audzējs¹

Ādas plakanšūnu audzēji biežāk mēdz izplatīties distāli, pamatā limfogēni, taču iespējamās arī metastāzes plaušās, kaulos, aknās. Tāpat visiem šiem pacientiem pastāv lielāks risks, ka slimība var no jauna attīstīties citā vietā. Viena veida ādas ļaundabīgo audzēju esamība personīgajā anamnēzē palielina citu ādas ļaundabīgo audzēju attīstības risku.

<p>Pacients pēc pabeigtas primārās terapijas (operācija, apstarošana vai lokāla medikamentoza terapija) ar sākotnēji lokalizētu slimību bez metastāzēm limfmezglos</p>	<p>Visas ķermeņa ādas apskate un reģionālo limfmezglu palpācija:</p> <ul style="list-style-type: none">• pirmos divus gadus – ik pēc 3-12 mēnešiem, tad• turpmākos trīs gadus ik pēc 6-12 mēnešiem un• pēc pieciem gadiem – reizi gadā visu atlikušo mūžu. <p>Nekādas attēldiagnostiskās izmeklēšanas metodes bez pārliecinošām klīniskām indikācijām netiek rekomendētas.</p> <p>Pacienta izglītošana par pašizmeklēšanu un izsargāšanos no saules starojuma.</p>
<p>Pacients pēc pabeigtas primārās terapijas (operācija, apstarošana vai lokāla medikamentoza terapija) ar sākotnēji reģionāli izplatītu slimību un metastāzēm limfmezglos</p>	<p>Visas ķermeņa ādas apskate un reģionālo limfmezglu palpācija:</p> <ul style="list-style-type: none">• pirmajā gadā – ik pēc 1-3 mēnešiem,• otrajā gadā – ik pēc 2-4 mēnešiem,• trešajā, ceturtajā un piektajā gadā – ik pēc 4-6 mēnešiem un• pēc 5 gadiem ik pēc 6-12 mēnešiem. <p>CT ar kontrastvielas ievadīšanu reģionālo limfmezglu vai distālo metastāžu meklēšanai veicama tikai tad, ja pastāv ļoti augsts metastazēšanās risks vai ir klīniskas indikācijas.</p> <p>(</p>

7 Ādas melanoma^{2,3}

Metastazēšanās risks, metastāžu izplatība un lokalizācija ir atkarīgi no audzēja sākotnējās stadijas. Pacientiem ar I un II stadijas melanomu pēc veiksmīgas operācijas sagaidāms, ka 15-20%

¹ Squamous Cell Skin Cancer NCCN Evidence Blocks Version 2.2019 – October 23, 2018

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf

² Melanoma. NCCN Evidence Block Version 3.2018 – August 31 2018.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/melanoma_blocks.pdf

³ R. Dummer, A. Hauschild, N. Lindenblatt, G. Pentheroudakis, and U. Keilholz Cutaneous Melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v126-v132.

<https://www.esmo.org/Guidelines/Melanoma/Cutaneous-Melanoma>

metastāzes attīstīties lokāli vai veidojot tā saucamās tranzīta metastāzes ādā, apmēram 50% gadījumu sagaidāms, ka metastāzes attīstīsies reģionālos limfmezglos, bet 29% gadījumu – distālos orgānos¹. Savukārt pacientiem ar sākotnēji III stadijas melanomu apmēram pusē gadījumu (~50%) metastāzes attīstīsies distāli un tikai ceturtdaļā gadījumu tās būs lokālas vai reģionālas. Novērots, ka agrīnu stadiju melanomas metastazē vēlāk, bet sākotnēji izplatītākas – agrāk. Pacientiem ar IIIA un IIIB stadiju melanomu jebkāda veida metastāzes turpat 95% attīstās pirmo trīs gadu laikā, bet pacientiem ar IIIC stadiju – tuvāko divu gadu laikā². Melanomas var metastazēties jebkurā citā vietā, taču biežāk distālu izsēju atrod plaušās, aknās, limfmezglos, smadzenēs, kaulos.

Pacientiem ar ādas melanomu anamnēzē pastāv lielāks risks, ka slimība var no jauna parādīties citviet, jo īpaši pacientiem ar displastiskiem nēvusiem vai pozitīvu melanomas ģimenes anamnēzi. Novērots, ka sekundāras melanoma attīstās 8% melanomas pacientu un parasti tas notiek pirmo 2 gadu laikā kopš primārās diagnozes noteikšanas³. Taču pacientiem ar *lentigo maligna* melanomu sagaidāms, ka 35% gadījumu tuvāko piecu gadu laikā, attīstīsies cits ādas ļaundabīgs audzējs⁴.

Limfmezglu metastāžu meklēšanai visjutīgākā ir US, bet plaša ieskata gūšanai par iespējamām distālām metastāzēm vispiemērotākā ir PET/CT ar FDG. Galvas metastāžu atklāšanai vispiemērotākā ir smadzeņu MRI ar kontrastvielas ievadīšanu.

Pacienti informējami par paaugstinātu melanomas riska iespējamību tuvinieku vidū, taču īpaša ģenētiskā testēšana radniekiem netiek rekomendēta.

Specifiska pierādījumos balstītu dinamiskās novērošanas kalendārā plāna melanomas pacientiem nav un tas var individuāli svārstīties no biežākiem apmeklējumiem pirmo trīs gadu laikā līdz 1-2 apmeklējumiem turpmākajos gados.

Pacientiem ar augsta riska melanomām (dziļas, izčūlojušas, augsts mitotiskais indekss) mērķtiecīga CT ar kontrastvielas ievadīšanu vai visa ķermeņa PET/CT var paātrināt recidīva vai

¹ Soong SJ, Harrison RA, McCarthy WH, Urist MM, Balch CM. Factors affecting survival following local, regional, or distant recurrence from localized melanoma. *J Surg Oncol*. 1998 Apr;67(4):228-33.

² Romano E1, Scordo M, Dusza SW, Coit DG, Chapman PB. Site and timing of first relapse in stage III melanoma patients: implications for follow-up guidelines. *J Clin Oncol*. 2010 Jun 20;28(18):3042-7. doi: 10.1200/JCO.2009.26.2063. Epub 2010 May 17.

³ Titus-Ernstoff L, Perry AE, Spencer SK et al. Multiple primary melanoma: two-year results from a population-based study. *Arch Dermatol* 2006; 142: 433–438.

⁴ Farshad A, Burg G, Panizzon R, Dummer R. A retrospective study of 150 patients with lentigo maligna and lentigo maligna melanoma and the efficacy of radiotherapy using Grenz or soft X-rays. *Br J Dermatol* 2002; 146: 1042–1046.

metastāžu atklāšanu asimptomātiskā fāzē, kad nelielās vēža šūnu kopmasas dēļ var sagaidīt labāku terapeitisko guvumu no pieejamām imūnterapijas metodēm.

Audzēju marķiera S-100 dinamisks kāpums ir specifiskāks slimības progresijas rādītājs nekā seruma laktātdehidrogenāze, tādēļ pagaidām tas ir viens no akurātākiem rādītājiem melanomas pacientu dinamiskās novērošanas laikā, ja vispār to nosaka¹

<p>Pacients ar sākotnēju in situ melanomu (0 stadija) pēc pabeigtas sākotnējās ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Vismaz reizi gadā veikt visas ādas apskati un reģionālo limfmezglu palpāciju.</p> <p>Rutīnas izmeklējumi slimības recidīva vai metastāžu meklēšanai netiek rekomendēti.</p> <p>Izglītēt pacientu par pašizmeklēšanos un izsargāšanos no saules starojuma.</p>
<p>Pacients ar sākotnēju IA-IIA stadijas melanomu pēc pabeigtas sākotnējās ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Veikt visas ādas apskati un reģionālo limfmezglu palpāciju:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ik pēc 6-12 mēnešiem pirmos piecus gadus pēc kārtas, • pēc pieciem gadiem - reizi gadā vai biežāk pēc klīniskām indikācijām . <p>Rutīnas izmeklējumi slimības recidīva vai metastāžu meklēšanai netiek rekomendēti, izņemot limfmezglu US, kas veicama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacientiem ar taustāmiem limfmezgļiem; • pacientiem, kuriem sākotnēji nav veikta sentinelmezglu biopsija vai arī tā ir bijusi pozitīva, bet nav veikta limfmezglu izņemšana: <ul style="list-style-type: none"> ○ pirmajos 2-3 gados – ik pēc 3-12 mēnešiem. <p>Izglītēt pacientu par pašizmeklēšanos un izsargāšanos no saules starojuma.</p>
<p>Pacients ar sākotnēju IIB-IV stadijas melanomu pēc pabeigtas sākotnējās ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Veikt visas ādas apskati un reģionālo limfmezglu palpāciju:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ik pēc 3-6 mēnešiem pirmos divus gadus pēc kārtas, • ik pēc 3-12 mēnešiem turpmākos 3 gadus pēc kārtas, • pēc pieciem gadiem - reizi gadā vai biežāk pēc klīniskām indikācijām.

¹ Beyeler M, Waldispuhl S, Strobel K et al. Detection of melanoma relapse: first comparative analysis on imaging techniques versus S100 protein. *Dermatology* 2006; 213: 187–191.

	<p>Audzēju marķiera S-100 noteikšana 2 reizes gadā pirmos piecus gadus pēc kārtas</p> <p>Pacientiem ar konkrētām sūdzībām un/vai simptomiem veikt atbilstošus izmeklējumus ik pēc 3-12 mēnešiem atkarībā no klīniskās situācijas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kakla/plaušu/vēdera/ iegurņa CT ar kontrastvielu, ja nav kontraindikāciju kontrastvielas ievadīšanai vai • PET/CT ar FDG <p>Pacientiem ar lielu smadzeņu metastāžu attīstības risku (vismaz IIIC stadija) vai jau sākotnēji konstatētas metastāzes smadzenēs – galvas MRI ar kontrastvielas ievadīšanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ik pēc 3-12 mēnešiem pirmos 3 gadus pēc kārtas <p>Rutinās attēldiagnostiska metastāžu meklēšana pacientiem bez sūdzībām un simptomiem pēc 3-5 gadu perioda netiek rekomendēta</p> <p>Izglītēt pacientu par pašizmeklēšanos un izsargāšanos no saules starojuma.</p>
--	---

8 Krūts vēzis^{1,2}

Apmēram trešdaļā gadījumu lokālu recidīvu izdodas atklāt sievieti rūpīgi iztaujājot, vēl trešdaļā – fizikāli izmeklējot (apskatot, aptaustot) un apmēram sestdaļā gadījumu – veicot mamogrāfiju. Visbiežāk sievietēm ar krūts vēzi metastāzes atklāj limfmezglos, kaulos, plaušās, aknās, smadzenēs un ādā, taču iespējamās arī citas retākas lokalizācijas vietas.

Sievietēm pēc pārslimota krūts vēža pastāv palielināts ne tikai atlikušās vai otras krūts vēža attīstības risks, bet arī olnīcu, dzemdes un zarnu audzēju, kā arī mieloleikoze un mielodisplastisko sindromu attīstības risks. Savukārt pie nopietnām vēlīnām terapijas komplikācijām minama operētās puses rokas limfostāze, priekšlaicīga menopauze un osteoporoze. Tāpat šīm sievietēm raksturīga virkne psihoemocionālo problēmu (fiziskais kropļojums, libido samazināšanās, klimaktēriskie simptomi, seksualitātes ierobežojumi, auglības problēmas, kā arī bailes no recidīva), kas būtiski pasliktina dzīves kvalitāti, un kādēļ tik būtiska ir psihoemocionālā

¹ Breast Cancer NCCN Evidence Blocks Version 3, 2018 – November 13, 2018

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_blocks.pdf

² E. Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson, and F. Cardoso Primary Breast Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v8-v30.

rehabilitācija. Ļoti būtiski ir sekot, vai sieviete patiešām lieto perorālo hormonterapiju, ko parasti ordinē vairāku gadu garumā.

Vairumā Eiropas reģionu savlaicīgi diagnosticētos gadījumos desmitgadu dzīvildze pārsniedz 70%, lokalizētas slimības gadījumos (N0) tā var sasniegt pat 89%, bet reģionāli izplatītas slimības gadījumā (N+) – 62%¹. Visaugstākais slimības atjaunošanās risks ir otrajā gadā, bet pacientēm ar ER negatīviem audzējiem paaugstinātais risks saglabājas vēl vairākus gadus pēc diagnozes². Taču pacientēm ar ER/PR pozitīvu audzēju vēlina slimības atjaunošanās iespējama arī pēc 20 gadiem. Lai arī nav pierādījumos balstīts konkrētas kalendārais izmeklējumu plāns, ņemot vērā slimības recidīva attīstības iespējamību optimāla ir intensīvāka izmeklēšana pirmajos divos gados (ik pēc 3-4 mēnešiem), tad reizi pusgadā nākamajos 3 gados un reizi gadā pēc pieciem gadiem. Katra apmeklējuma laikā paciente rūpīgi iztaujājama un fizikāli izmeklējama. Reizi gadā veicama diagnostiskā mamogrāfija atlikušajai vai abām krūtīm un ultrasonogrāfija. Magnētiskās rezonanses izmeklējums indicēts gados jaunām pacientēm ar rentgenoloģiski blīviem krūts audiem un sievietēm ar ģenētisku predispozīciju.

<p>Pacientes ar I-III stadijas krūts vēzi pēc pabeigtas ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Rūpīga sūdzību un simptomu iztaujāšana, rētas, atlikušās krūts un reģionālo limfmezglu lokalizācijas vietu apskate un iztaustīšana:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pirmajos divos gados ik pēc 3-4 mēnešiem• Turpmākos trīs gadus – reizi pusgadā un• Reizi gadā pēc 5 gadiem <p>Periodiski apjautāties par jauniem audzēju gadījumiem ģimenē.</p> <p>Apmācīt pacientes regulāri sekot limfedēmas attīstībai (rokas apmēra mērīšana centimetros augšdelma vidusdaļā un virs plaukstas locītavas), lai pie pirmajām pazīmēm pacienti nosūtītu pie fizioterapeita.</p> <p>Mamogrāfija reizi gadā pirmos 5 gadus pēc diagnozes noteikšanas un turpmāk – reizi divos gados. Pirmo pēcoperācijas MG veikt ne ātrāk kā pēc 6-12 mēnešiem.</p> <p>Jaunām sievietēm ar blīviem krūts audiem un, jo īpaši, ja ir palielināta ģenētiskā predispozīcija, priekšroka dodama krūšu MRI.</p>
---	--

¹ Allemani C, Minicozzi P, Berrino F et al. Predictions of survival up to 10 years after diagnosis for European women with breast cancer in 2000–2002. Int J Cancer 2013; 132: 2404–2412

² Park S, Koo JS, Kim MS et al. Characteristics and outcomes according to molecular subtypes of breast cancer as classified by a panel of four biomarkers using immunohistochemistry. Breast 2012; 21: 50–57

	<p>Nav indikāciju rutīnas laboratorijas analīžu vai attēldiagnostisko izmeklējumu veikšanai metastāžu skrīningam, ja nav nekādu klīnisku norāžu.</p> <p>Pacientēm, kuras saņem hormonu terapiju vēlama lipīdu kontrole vismaz reizi gadā</p> <p>Sievietēm ar saglabātu dzemdi, kuras lieto tamoksifēnu, regulāra ginekologa apskate reizi gadā.</p> <p>Sievietēm, kuras saņem aromatāzes inhibitorus, vai kurām ir olnīcu funkcionāla deficīta pazīmes (izteikti klimaktēriskie simptomi) pirms terapijas sākšanas un turpmāk regulāri veikt osteodensitometriju (reizi gadā), lai sekotu osteoporozes pazīmēm un nepieciešamības gadījumā sāktu to ārstēšanu. Sievietēm, kuras saņem adjuvantu hormonterapiju, atbalstāma ir bifosfonātu vai denosumaba lietošana, lai mazinātu patoloģisko lūzumu risku un uzlabotu kaulaudu minerālo blīvumu. Pirms terapijas sākšanas sievietēm vēlama mutes higiēna un zobu sanācija, bet terapijas laikā – papildu kalcija un D vitamīna lietošana.</p> <p>Regulāri sekot, vai sieviete lieto adjuvanto hormonterapiju, un kāda ir tās panesamība.</p> <p>Informēt, ka mērena fiziska slodze, veselīgs uzturs, ierobežota alkohola lietošana, ideāla svara uzturēšana (20-25 BMI) korelē ar labākiem dzīvildzes rādītājiem.</p>
<p>Pacientes ar IV stadijas (M1) krūts vēzi vai aizdomām uz metastāzēm</p>	<p>Rūpīga anamnēzes ievākšana, iztaujāšana par sūdzībām un simptomiem, apskate un palpācija.</p> <p>Izskaidrot pacientei priekšā stāvošās terapijas mērķus (paliatīva vai simptomātiska terapija) un kopīgi izstrādāt dinamiskās novērošanas kalendāro un procedūru plānu.</p> <p>Izmeklējumus veic, vadoties no klīniskās situācijas, un, ja sieviete saņem paliatīvu terapiju, tad izmeklējumus un to biežumu nosaka ārstējošais ārsts speciālists.</p> <p>Pilna asinsaina ar izvērstu leikocītu formulu.</p> <p>Asiņu bioķīmiskā analīze, ietverot aknu funkcionālos rādītājus (AlAT, AsAT, GGT) un sārmaino fosfatāzi (SF).</p> <p>Diagnostiska krūškurvja CT ar kontrastvielu.</p> <p>Vēdera un iegurņa orgānu CT ar kontrastvielu vai MRI ar kontrastvielu.</p> <p>Ja ir klīniskas aizdomas par iespējamām metastāzēm smadzenēs, tad smadzeņu MRI ar kontrastvielu.</p>

	<p>Ja ir klīniskas aizdomas par kaulu metastāzēm, tad kaulu scintigrāfija, bet, ja ir aizdomas par muguras smadzeņu kompresiju, tad mugurkaulāja MRI.</p> <p>Plašākam ieskatam par procesa izplatību vislabāk noder PET/CT ar FDG, kas pagaidām ir valsts apmaksāta procedūra tikai pirmreizējām pacientēm ar III stadijas vēzi.</p> <p>Slimības pirmā recidīva vai metastazēšanās gadījumā ļoti vēlams būtu atkārtotas biopsijas paņemšana no metastāžu vietas.</p>
--	--

9 Resnās zarnas vēzis^{1,2}

Novērots, ka turpat 80% gadījumu slimības recidīvs vai metastāzes attīstās pirmajos 3 gados pēc operācijas, un kopumā 95% gadījumu recidīvs vai metastāzes attīstās pirmajos 5 gados. Tas jāņem vērā, lai saprastu, cik svarīga ir pacienta uzraudzīšana pirmajos slimības gados. Kāda pētījuma dati parādīja, ka pirmo trīs gadu laikā bija slimības recidīvs 82% pacientiem ar III stadijas audzēju un 74% - ar II stadijas audzēju³. Pierādīts, ka intensīva uzraudzība un mērķtiecīga izmeklēšana uzlabo dzīvildzes rādītājus. Regulāra sekošana CEA un izmeklējumu veikšana uzlabo aknu metastāžu rezektabilitāti, tā būtiski pagarinot dzīvildzi, ko nevar tik droši apgalvot par metastāzēm citviet. Pacientiem pirmajos divos gados pēc operācijas pastāv palielināts risks, ka var attīstīties jauns zarnu audzējs. Tāpēc veicama atkārtota kolonoskopija.

Pārņemot pacientu pēc resnās zarnas kompleksas terapijas, ģimenes ārstam būtu jābūt informētam par jau saņemto terapiju (operācija, apstarošana, medikamentoza terapija) un tās panesamību, kā arī jārēķinās ar slimības un tās ārstēšanas vēlinajām sekām. Pēdējo 10 gadu novērojumi liecina, ka rūpīgāka šo pacientu uzraudzība uzlabo vēlinos rezultātus⁴.

Visi pacienti jānudina aktīvi sekot veselīgam dzīvesveidam, bet jebkuru aizdomīgu sūdzību gadījumā, vērsties pie ārsta un iekļauties valsts apmaksātajās skrīninga programmās (krūts un

¹ Colon Cancer NCCN Evidence Blocks Version 4.2018 – October 19, 2018

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon_blocks.pdf

² R. Labianca, B. Nordlinger, G. D. Beretta, S. Mosconi, M. Mandalà, A. Cervantes, D. Arnold Early Colon Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up. Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi64-vi72. <https://www.esmo.org/Guidelines/Gastrointestinal-Cancers/Early-Colon-Cancer>

³ Sargent DJ, Patiyil S, Yothers G et al. Endpoints for colon cancer adjuvant trials: observations and recommendations based on individual patient data from 20,898 patients enrolled onto 18 randomized trials from the ACCENT group. J Clin Oncol 2007; 29: 4569–4574.

⁴ Jeffery GM, Hickey BE, Hider P. Follow-up strategies for patients treated for nonmetastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD002200.

dzemdes kakla skrīnings) un „Zaļajā koridorā. Ļoti svarīga ir normāla svara saglabāšana un kustību intensitātes palielināšana. Vēlama smēķēšanas atmešana un alkohola ierobežošana.

Pacientiem ar kolostomu vēlama konsultācija pie īpaši apmācīta medicīnas personāla. Ģimenes ārstam vajadzētu sekot šādām situācijām:

- Svara zudumam:
 - regulāri jāseko pacienta svaram un jācenšas to stabilizēt;
 - jāiesaka biežākas maltītes;
 - jāizvairās no šķidruma lietošanas ēšanas laikā;
 - vēlama pacienta nosūtīšana pie uztura speciālista diētas noteikšanai.
- Caurejai:
 - Apsvērt diētas maiņu un pretcaurejas līdzekļu ordināciju.
- Ķīmijterapijas inducētai perifēriskai neiropātijai:
 - Apsvērt amitriptilīna, karbamazepīna, ipadarīns, duloksetīna vai gabapentīna lietošanu.
- Nogurumam:
 - Mudināt vairāk kustēties svaigā gaisā un sekot fiziskām spējām iepriekš pārbaudot, vai noguruma cēlonis nav anēmija, elektrolītu, hormonu disbalanss vai depresija.

<p>Pacients ar I stadijas resnās zarnas vēzi pēc pabeigtas terapijas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Pacients noteikti iztaujājams par vēža gadījumiem ģimenē tuvu radnieku vidū</p> <p>Kolonoskopija pēc gada, tad pēc 3 gadiem un turpmāk – reizi 5 gados</p> <p>Ja pacientam atrasts villozs polīps, par 1 cm lielāks polīps vai smaga displāzija, tad kolonoskopiju veic reizi gadā.</p>
<p>Pacients ar II un III stadijas zarnu vēzi pēc pabeigtas terapijas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze un fizikāla izmeklēšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus – ik pēc 3-6 mēnešiem, • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6 mēnešiem <p>CEA (karcinoembrionālā antigēna) noteikšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus ik pēc 3-6 mēnešiem • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6 mēnešiem <p>Kolonoskopija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pēc gada <p>Vēdera un krūškurvja CT ar kontrastvielas ievadīšanu pacientiem ar augstu recidivēšanās risku. Ģimenes ārsts</p>

	<p>nosūta pacientu pie speciālista, kurš tad lemj par konkrēto izmeklējumu un to veikšanas biežumu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem pēc indikācijām <p>PET/CT nav indicēta</p> <p>Ruīnas cita veida laboratoriska izmeklēšana nav indicēta</p>
Pacients ar IV stadijas zarnu vēzi	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze un fizikāla izmeklēšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus – ik pēc 3-6 mēnešiem, • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6 mēnešiem <p>Par turpmākiem izmeklējumiem (CEA, CT) ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista. Ja speciālista sagatavotajā izrakstā jau ir norādes par nepieciešamajiem izmeklējumiem un to kalendāro plānu, tad tas jau ir pamatojums šo izmeklējumu veikšanai</p> <p>CEA (karcinoembrionālā antigēna) noteikšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus ik pēc 3-6 mēnešiem • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6 mēnešiem <p>Krūškurvja, vēdera, iegurņa CT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus – ik pēc 3-6 mēnešiem • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem
Vērojama CEA palielināšanās dinamikā	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze un fizikāla izmeklēšana</p> <p>Ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista (onkologs vai ķirurga tajā ārstniecības iestādē, kur veikta sākotnējā ārstēšana), kurš tad lemj par tālāko taktiku</p> <p>Kolonoskopija</p> <p>Krūškurvja, vēdera un iegurņa CT ar kontrastvielas ievadīšanu. Ja atrade ir negatīva, bet CEA turpina palielināties, tad pacients sūtāms pie onkologa veikt atkārtotu CT pēc 3 mēnešiem vai PET/CT ar FDG</p>

10 Taisnās zarnas vēzis^{1,2}

Pacientiem ar lokāli izplatītiem audzējiem ir lielāks recidīva risks, tādēļ arī sagaidāms lielāks pozitīvais guvums no rūpīgas dinamiskās novērošanas un savlaicīgas slimības atjaunošanās

¹ Rectal Cancer: NCCN Evidence Blocks Version 3.2018 – September 18, 2018

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal_blocks.pdf

² R. Glynne-Jones, L. Wyrwicz, E. Tiret, G. Brown, C. Rödel, A. Cervantes and D. Arnold Rectal Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol (2017) 28 (suppl 4): iv22–iv40

atklāšanas¹, pat, ja mazāk nekā 10% gadījumu iespējama glābjoša (izārstējoša) terapija. CEA skrīnings un regulāra CT monitorēšana uzlabo metastāžu ārstēšanas iespējas, kaut arī pagaidām nav pierādījumos balstītu pārliecinošu norāžu par šo izmeklējumu veikšanas biežumu². Tā kā CEA monitorēšana nav pietiekoši jutīga³, tad rutīnas CEA noteikšanu un CT veikšanu rekomendē tikai pirmajos 5 gados pēc operācijas.

Uzlabojoties terapijas iespējām un rezultātiem, aizvien vairāk pacientu būs spiesti sadzīvot ar operācijas, apstarošanas un ķīmijterapijas ilgtermiņa blaknēm. Tādēļ ģimenes ārstam būtu jārēķinās ne tikai ar stomu radītām problēmām, bet arī ar vēdera izejas traucējumiem, osteopēniju, malabsorbciju, endokrīnām un kardiovaskulārām problēmām.

Pacientiem ar vēdera izejas traucējumiem – hroniska caureja, fēču nesaturēšana, bieža vēdera izeja, spiedoša vajadzība vai krampjveidīgas sāpes vēderā apsvērt caureju mazinošu līdzekļu lietošanu, diētas pārskatīšanu un palīg līdzekļu izrakstīšanu fēču nesaturēšanas gadījumā.

Pacientiem pēc operācijas vai apstarošanas nereti attīstās erektila disfunkcija, sāpīga urinācija, urīna nesaturēšana, bieža vai spiedoša vajadzība urinēt, maksts sausums apsvērt iespēju konsultēt pie urologa vai ginekologa.

Sekot kaulaudu minerālajam blīvumam, veicot densitometriju reizi gadā. Osteopēniju un osteoporozī tālāk ārstē ģimenes ārsts atbilstoši vispārējiem principiem.

Pacienti mudināmi ievērot veselīgu dzīvesveidu, uzturēt normālu svaru, piekopt fiziski aktīvu dzīvesveidu (vismaz 30 minūšu mērena fiziska aktivitāte vairākas dienas nedēļā).

<p>Pacientiem ar agrīnu taisnās zarnas vēzi pēc trans anālas lokālas ekscīzijas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Proktoskopija ar endoskopisku US vai MRI ar kontrastvielas ievadīšanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ik pēc 3-6 mēnešiem pirmos 2 gadus pēc kārtas • Turpmākos 3 gadus pēc kārtas – ik pēc 6 mēnešiem <p>Kolonoskopija – pēc viena gada</p>
<p>Pacientiem ar I stadijas taisnās zarnas audzēju, kas apstiprināts pēc ķirurģiskas operācijas</p>	<p>Kolonoskopija – pēc gada</p>

¹ Pugh SA, Shinkins B, Fuller A et al. Site and stage of colorectal cancer influence the likelihood and distribution of disease recurrence and post-recurrence survival: data from the FACS randomized controlled trial. Ann Surg 2016; 263: 1143–1147.

² Baca B, Beart RW, Jr, Etzioni DA. Surveillance after colorectal cancer resection: a systematic review. Dis Colon Rectum 2011; 54: 1036–1048.

³ Primrose JN, Perera R, Gray A et al. FACS Trial Investigators. Effect of 3 to 5 years of scheduled CEA and CT follow-up to detect recurrence of colorectal cancer: the FACS randomized clinical trial. JAMA 2014; 311: 263–270.

<p>Pacientiem ar II-IV stadijas taisnās zarnas audzēju</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze un fizikāla izmeklēšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmajos 2 gados – ik pēc 3-6 mēnešiem • Turpmākajos 3 gados – ik pēc 6 mēnešiem <p>CEA noteikšana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmajos 2 gados – ik pēc 3-6 mēnešiem • Turpmākajos 3 gados – ik pēc 6 mēnešiem <p>Krūškurvja, vēdera un iegurņa CT ar kontrastvielas ievadīšanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientiem ar slimības II un III stadiju: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pirmos piecus gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem • Pacientiem ar slimības IV stadiju: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pirmos divus gadus – ik pēc 3-6 mēnešiem ○ Nākamajos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem <p>Kolonoskopija – pēc gada</p> <p>PET/CT netiek rekomendēta</p>
<p>Pacientiem ar taisnās zarnas vēzi un dinamikā pieaugošu CEA līmeni serumā</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze un fizikāla izmeklēšana</p> <p>Ģimenes ārsts pacientu sūta pie speciālista (ķirurga, onkologa), lai lemtu par turpmākiem izmeklējumiem un novērošanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolonoskopija • Krūšu, vēdera un iegurņa CT ar kontrastvielas ievadīšanu • Ja izmeklējumu atrades neko neuzrāda, pacients sūtāms pie onkologa veikt PET/CT vai atkārtotu CT pēc 3 mēnešiem

11 Prostatas vēzis^{1,2}

Pacientiem ar prostatas vēzi jāreķinās ar diviem metastazēšanās scenārijiem: lokālām metastāzēm mazajā iegurnī (limfmezglos, blakusesošajos orgānos) un distālām metastāzēm (mugurkaulājā, citos kaulos, plaušās, aknās un smadzenēs).

Latvijā visi urologi ir zinoši arī uroģenitālo audzēju onkoloģiskajās slimībās, tādēļ, ja tāda iespēja ir, pacientu var sūtīt novērošanai pie urologa. Tāpat pacients noteikti sūtāms pie urologa, ja

¹ Prostate Cancer. NCCN Evidence Blocks Version 4.2018 – October 25, 2018

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate_blocks.pdf

² A. Horwich, J. Hugosson, T. de Reijke, T. Wiegel, K. Fizazi, V. Kataja ESMO Consensus Guidelines: Prostate Cancer Ann Oncol (2013) 24 (5): 1141-1162. <https://www.esmo.org/Guidelines/Genitourinary-Cancers/ESMO-Consensus-Guidelines-Prostate-cancer>

ģimenes ārstam rodas šaubas par slimības vai ārstēšanas gaitu, kad nepieciešama speciālista konsultācija.

Vīriešiem ar normālu PSA digitāli rektāla izmeklēšana dinamiskās novērošanas laikā pēc radikālas terapijas (operācija, apstarošana) netiek rekomendēta¹. Tas attiecas tikai un vienīgi uz prostatas vēzi. Jāņem vērā, ka pēc prostatas apstarošanas var attīstīties zarnu iekaisums, primāri zarnu audzēji vai staru izraisīta enteropātija². Tādēļ jāieklausās pacienta sūdzībās un šis apstāklis jāņem vērā. Pacientiem ar aizdomām uz taisnās zarnas patoloģiju veicama digitāli rektāla izmeklēšana šīs konkrētās indikācijas sakarā. Hronisku gremošanas traucējumu gadījumā pacientu ir mērķtiecīgi nosūtīt konsultācijai pie gastroenterologa. Savukārt hormonterapija ar testosterona sekrēciju mazinošiem līdzekļiem var ierosināt andropauzi ar tādiem simptomiem kā karstuma viļņi, letarģija, garastāvokļa svārstības, osteoporoze, insulīna rezistence un muskuļu vājums, retāk - ginekomastija.

Pacienti, kuri izvēlējušies vai kuriem urologs rekomendējis nogaidoši novērojošo taktiku, PSA noteikšana veicama ne biežāk kā reizi pusgadā, digitāli rektāla izmeklēšana – reizi gadā un prostatas biopsija – ne biežāk kā reizi gadā, ja nepastāv biežākas indikācijas šo izmeklējumu veikšanai. Ja vien nav pārliecinošu slimības progresijas pazīmju, vairums speciālistu iesaka nogaidīt 2 gadus un tikai tad veikt biopsiju, jo PSA ir orgānspecifisks, bet ne vēža specifisks rādītājs. Tāpat atkārtotas biopsijas nav indicētas, ja pacients ir līdzestīgs un regulāri ierodas uz kontrolēm, vai arī prognozējamā dzīvildze ir ilgāka par 10 gadiem. Ja atkārtotā biopsijā Glīsona indekss ir 4-5 un audzējs atrodams vairākos stobriņos, tad to nosacīti var uzskatīt par slimības progresiju.

Aktīva novērošana, kas paredz regulāru kontroli un iejaukšanos ar potenciālu izārstēšanas iespēju, indicēta vīriešiem ar ļoti zemu risku (T1c, Glīsona indekss ≤ 6 , PSA < 10 ng/ml) un prognozējamo dzīvildzi mazāku par 20 gadiem. Aktīvas novērošanas pozitīvie guvumi ir 1) apmēram 2/3 gadījumu iespējams izvairīties no ārstēšanas, 2) izvairīšanās no terapijas blaknēm, 3) izvairīšanās no nevajadzīgas terapijas nekaitīgu audzēju gadījumā, kā arī 4) labāka dzīves kvalitāte. Taču jāreķinās arī ar iespējamām negatīvām sekām: 1) ļoti retos gadījumos var tapt palaista garām izārstēšanas iespēja, 2) apmēram 1/3 vīriešu beigu beigās tomēr būs nepieciešama ārstēšana, taču tās iekavēšana dzīvildzi būtiski neietekmēs un 3) būs nepieciešami periodiski izmeklējumi (MRI,

¹ Doneux A, Parker CC, Norman A et al. The utility of digital rectal examination after radical radiotherapy for prostate cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2005; 17: 172–173.

² Andreyev J. Gastrointestinal symptoms after pelvic radiotherapy: a new understanding to improve management of symptomatic patients. Lancet Oncol 2007; 8: 1007–1017.

biopsija). Savukārt vienkārša novērošana indicēta vīriešiem ar zemu risku (T1-T2a, Glīsona indekss ≤ 6 , PSA, PSA < 10 ng/ml) un prognozējamo dzīvildzi mazāku par 10 gadiem. Izvēloties pēdējo taktiku pastāv risks, ka var attīstīties urīna retence vai patoloģisks kaulu lūzums bez brīdinošiem simptomiem vai aizdomīgi izmainītiem PSA rādītājiem.

Sagaidāms, ka pacientiem pēc radikālas terapijas 45% gadījumu recidīvs attīstās pirmajos 2 gados, 77% gadījumu – pirmajos piecos gados un 96% gadījumu līdz 10 gadiem pēc sākotnējās ārstēšanas¹. Lokāls recidīvs parasti var attīstīties arī bez izmaiņām PSA rādītājos, tādēļ aizdomīgu sūdzību un simptomu gadījumā vēlama digitāli rektāla izmeklēšana (labāk pie urologa).

<p>Pacienti ar prostatas vēzi pēc sākotnējās radikālas terapijas</p>	<p>PSA līmenis serumā:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos piecus gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem, bet pacientiem ar sevišķi augstu recidivēšanās risku – ik pēc 3 mēnešiem • Pēc pieciem gadiem – reizi gadā <p>Digitāla rektāla izmeklēšana reizi gadā var tapt neveikta, ja PSA līmenis nepalielinās. Pacientiem ar aizdomām uz taisnās zarnas patoloģiju, digitāla rektāla izmeklēšana veicama šo konkrēto indikāciju dēļ.</p>
<p>Nekastrēti pacienti ar prostatas vēzi uz antiandrogēnu terapijas fona vai pacienti ar lokalizētu slimību, kuri izvēlējušies novērošanu</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un PSA noteikšana – ik pēc 3-6 mēnešiem, vadoties no klīniskās situācijas</p> <p>Kaulu scintigrāfija ik pēc 6-12 mēnešiem</p>
<p>Pacienti ar aizdomām uz progresējošu prostatas vēzi</p>	<p>Plaušu RTG vai CT</p> <p>Kaulu scintigrāfija</p> <p>Vēdera un iegurņa CT vai MRI</p> <p>PET/CT (ar galliju)</p>

¹ Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, Chan DW, Pearson JD, Walsh PC. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. JAMA. 1999 May 5;281(17):1591-7.

12 Nesīkšūnu plaušu vēzis^{1,2}

Pacientiem ar nesīkšūnu plaušu vēzi (NSPV) pastāv ne tikai slimības recidīva, bet arī citas lokalizācijas elpceļu audzēja paaugstināts risks un ar slimību un tās ārstēšanu saistīta morbiditāte. Jau pirmā mēneša laikā pēc operācijas turpat 12% atgriežas ar dažādām veselības problēmām – respiratorisku mazspēju, pneimoniju, pneimotoraksu vai kardiālām problēmām un viņu priekšlaicīgas nāves risks ir lielāks^{3,4,5}. Novērots, ka vislielākais recidīva risks (6-10% personām gadā) bija pirmajos četros gados pēc operācijas⁶, turklāt pirmajos divos gados tie vairāk bija lokāli recidīvi, bet nākamajos divos gados – distāli⁷.

Dinamiskai novērošanai jēga ir tad, ja savlaicīgi atklājot slimības recidīvu (lokālu vai distālu) vai metahromu audzēju (citu audzēju elpceļos) tos iespējams izārstēt. Diemžēl izārstējoša terapija pēc lokāla recidīva nav iespējama un piecgadu dzīvildze šiem pacientiem svārstās 15% robežās⁸. Savukārt cita primāra audzēja atklāšana un sekmīga ārstēšana var nodrošināt piecgadu dzīvildzi jau 25-60% robežās⁹. Tādēļ ļoti svarīga ir šo pacientu mērķtiecīga vispusīga izmeklēšana.

Neoperēts NSPV visbiežāk pēc autopsiju datiem metastazē videnes limfmezglos (84%), pleirā (51%), aknās (47%), kaulos (34%), smadzenēs (32%), perikardā un virsnierēs. Turklāt NSPV parasti veido multiplas metastāzes vairākos orgānos¹⁰.

Nav pierādījumos balstīts optimālais kalendārais plāns šo pacientu dinamiskai novērošanai, tādēļ jāreķinās ar pirmajiem gadiem pēc operācijas, kad recidīvu risks var būt vislielākais. Rutīnas smadzeņu MRI netiek rekomendēta.

1 P. E. Postmus, K. M. Kerr, M. Oudkerk, S. Senan, D. A. Waller, J. Vansteenkiste, C. Escriu and S. Peters Early-Stage and Locally Advanced (non-metastatic) Non-Small-Cell Lung Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol (2017) 28 (suppl 4): iv1–iv21.

2 Non-Small Cell Lung Cancer. NCCN Evidence Blocks. Version 2.2019 – December 19, 2018 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl_blocks.pdf

3 Hu Y, McMurphy TL, Isbell JM et al. Readmission after lung resection is associated with a 6-fold increase in 90-day postoperative mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2014; 148: 2261–2267

4 Pezzi CM, Mallin K, Mendez AS et al. Ninety-day mortality after resection for lung cancer is nearly double 30-day mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2014; 148: 2269–2277.

5 Janssen-Heijnen ML, van Erning FN, de Ruyscher DK et al. Variation in causes of death in patients with non-small cell lung cancer according to stage and time since diagnosis. Ann Oncol 2015; 26: 902–907.

6 Lou F, Huang J, Sima CS et al. Patterns of recurrence and second primary lung cancer in early-stage lung cancer survivors followed with routine computed tomography surveillance. J Thorac Cardiovasc Surg 2013; 145: 75–81.

7 Demicheli R, Fornili M, Ambrogi F et al. Recurrence dynamics for nonsmall-cell-lung cancer: effect of surgery on the development of metastases. J Thorac Oncol 2012; 7: 723–730.

8 Hung JJ, Hsu WH, Hsieh CC et al. Post-recurrence survival in completely resected stage I non-small cell lung cancer with local recurrence. Thorax 2009; 64: 192–196.

9 Hamaji M, Allen MS, Cassivi SD et al. Surgical treatment of metachronous second primary lung cancer after complete resection of non-small cell lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2013; 145: 683–690.

10 Stenbygaard LE1, Sørensen JB, Larsen H, Dombernowsky P. Metastatic pattern in non-resectable non-small cell lung cancer. Acta Oncol. 1999;38(8):993-8.

Dinamiskās novērošanas laikā sekot vakcinācijai, jo šiem pacientiem ir paaugstināts infekciju risks, tādēļ būtu rekomendējama ikgadēja vakcinācija pret gripu, kā arī vakcinācija pret pneimokoku infekciju. Tāpat pacienti mudināmi iesaistīties skrīninga programmās un veselības problēmu gadījumā nekavējoties griezties pie ārsta. Pacientiem tāpat rekomendējams veselīgs dzīves veids, alkohola ierobežošana un fiziskas aktivitātes svaigā gaisā. Visiem pacientiem ļoti stingri rekomendējama smēķēšanas atmešana, jo tā būtiski uzlabo dzīvildzi.

<p>Pacients ar I-II stadijas NSPL pēc pabeigtas terapijas (ķīmijterapija + operācija) un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un krūškurvja CT ar kontrastvielas ievadīšanu – pirmajos 2-3 gados ik pēc 6 mēnešiem</p> <p>Sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un krūškurvja CT bez kontrastvielas ievadīšanu – sākot ar 3.-4. gadu – reizi gadā</p>
<p>Pacients ar I-II stadijas NSPL pēc pabeigtas terapijas (apstarošana +/- ķīmijterapija) vai pacients ar III-IV stadijas (oligometastāzes) NSPL pēc pabeigtas terapijas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un krūškurvja CT ar kontrastvielas ievadīšanu – pirmajos 3 gados ik pēc 3-6 mēnešiem</p> <p>Sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un krūškurvja CT ar kontrastvielas ievadīšanu – turpmākajos 2 gados – ik pēc 6 mēnešiem</p> <p>Turpmāk sūdzību un simptomu anamnēze, fizikāla izmeklēšana un krūškurvja CT bez kontrastvielas ievadīšanu reizi gadā</p>

13 Sīkšūnu plaušu vēzis^{1,2}

Sīkšūnu plaušu vēzis (SPV) ir agresīvs audzējs, turklāt pacientiem bieži novēro dažādus paraneoplastiskos sindromus. Sagaidāms, ka ¾ pacientu ar lokalizētu slimību un praktiski visiem ar jau metastātisku slimību, process neizbēgami turpinās progresēt. Dinamiskās novērošanas mērķis ir atklāt slimības tālāku progresēšanu iespējami ātrāk, kamēr pacientam vēl ir laba dzīves kvalitāte un vispārējais veselības stāvoklis, un ir iespējama papildu terapija.

¹ Small Cell Lung Cancer NCCN Evidence Blocks Version 1.2019 – December 4, 2018
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/sclc_blocks.pdf

² M. Früh, D. De Ruyscher, S. Popat, L. Crinò, S. Peters, E. Felip Small Cell Lung Cancer ESMO Clinical Practice Guidelines Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi99-vi105. <https://www.esmo.org/Guidelines/Lung-and-Chest-Tumours/Small-Cell-Lung-Cancer>

Pacients ar lokalizētu SPL pēc sākotnējās terapijas	Plaušu rentgens (vēlams) vai plaušu CT ar kontrastvielas ievadīšanu ik pēc 3-6 mēnešiem pirmos 2 gadus pēc kārtas un turpmāk – ik pēc 6-12 mēnešiem Smadzeņu MRI ar kontrastvielas ievadīšanu, ja tiek plānota profilaktiska smadzeņu apstarošana Pilna asinsaina, elektrolīti (Ca ²⁺ , Na, K)
Pacients ar jau sākotnēji metastātisku SPL	Krūškurvja rentgenizmeklējums vai CT ik pēc 2-3 mēnešiem

14 Kuņģa vēzis¹

Dinamiskās novērošanas regularitāte un izmeklējumi pēc radikālas gastrektomijas (R0) joprojām ir diskusiju objekts. Vairumā gadījumu (70-80%) slimības recidīvs attīstās pirmo 2 gadu laikā un turpat 90% gadījumu pirmo piecu gadu laikā pēc lokālās terapijas pabeigšanas. Taču recidīvi un metastāzes mēdz attīstīties arī pēc 5 un vairāk gadiem. Taču pēc 5 gadiem rutīnas metastāžu vai lokālā recidīva meklēšana netiek rekomendēta un attiecīgos izmeklējumus veic tikai, ja pastāv klīniskas aizdomas.

Ģimenes ārstiem jāņem vērā ilgtermiņa pašas slimības un tās ārstēšanas radītās sekas, kā:

- Svāra zudums:
 - regulāri jāseko pacienta svāram un jācenšas to stabilizēt;
 - jāiesaka biežākas maltītes;
 - jāizvairās no šķidruma lietošanas ēšanas laikā;
 - vēlama pacienta nosūtīšana pie diētas konsultanta.
- Caureja:
 - Apsvērt diētas maiņu un pretcaurejas līdzekļu ordināciju.
- Ķīmijterapijas inducēta perifēriska neiropātija:
 - Apsvērt amitriptilīna, karbamazepīna, neiromidīna, duloksetīna vai neirontīna lietošanu
- Kaulu blīvuma samazinājums:

¹ Gastric Cancer NCCN Evidence Blocks Version 2, 2018 – May 23, 2018.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric_blocks.pdf

- Regulāri (reizi gadā) sekot kaulaudu blīvumam un D vitamīna līmenim serumā un, nepieciešamības gadījumā, ieteikt substitūcijas terapiju ar D vitamīnu. Pacientiem ar densitometriski pierādītu osteoporozi ordinē atbilstošu terapiju.

Pacientiem **pēc subtotālas kuņģa rezekcijas** biežāk novēro:

- Gremošanas traucējumus:
 - Izvairīties no skābes veidošanos stimulējošiem produktiem (citrusaugļiem, tomātiem, asām garšvielām) un produktiem, kas pazemina gastroezofageālā sfinktera tonusu (kofeīns, piparmētras, šokolāde), kā arī apsvērt protona sūkņu inhibitoru ordināciju. Nepieciešamības gadījumā ģimenes ārsts drīkst sūtīt pacientu pie gastroenterologa.
- Vitamīna B12 deficīts (pamatā pacientiem pēc distālas gastrektomijas):
 - Sekot asinsainai un B12 līmenim serumā ik pēc 3 mēnešiem pirmo trīs gadu laikā, turpmākos divus gadus – ik pēc 6 mēnešiem un vēlāk - reizi gadā,
 - Pēc indikācijām nozīmēt B12 substitūcijas terapiju atbilstoši vispārīgiem B12 substitūcijas terapijas principiem.
- Dzelzs deficīts (pacientiem pēc distālas gastrektomijas):
 - Vismaz reizi gadā sekot asinsainai un dzelzs un feritīna līmenim asinīs.
 - Pēc klīniskām indikācijām ordinēt dzelzs preparātus (skatīt: Nacionālā apgāda grāmatu: Sandra Lejniece, Aivars Lejnieks, Brigita Janicka-Kupra. Dzelzs deficīts absolūts vai funkcionāls?, 2018.)

Pacientiem **pēc totālas gastrektomijas** biežāk novēro:

- Pēcēšanas (postprandiāls) pilnuma vai smaguma sajūtu vēderā:
 - Rekomendēt ēst biežāk un mazākām porcijām un nedzert ēšanas laikā.
- Dempinga sindromu:
 - Agrīno, kas parasti attīstās pusstundu pēc ēšanas un, kam raksturīgas sirdsklauves, caureja, šķebcināšana, krampjveida sāpes vēderā un
 - Vēlīno, kas attīstās 2-3 stundas pēc ēšanas un izpaužas ar reiboni, bada sajūtu, aukstiem sviedriem, ģīboņiem.
 - Pacientiem rekomendējamas biežas maltītes visas dienas garumā, kas bagātas ar olbaltumvielām un šķiedrvielām un nabadzīgas ar visa veida cukuriem, kā arī rekomendēt nelietot šķidrumu ēšanas laikā.
- B12 vitamīna deficīts:

- Pirmos trīs gadus ik pēc 3 mēnešiem sekot asinsainai un B12 līmenim. Vēlāk – reizi pusgadā. B12 substitūcija indicēta tikai, ja līmenis ir pazemināts.
- Dzelzs deficīts:
 - Reizi gadā sekot asinsainai, dzelzs un feritīna līmenim un pēc vajadzības ordinēt dzelzs preparātus izvairoties no lēnas iedarbības zarnās šķīstošām formām (skatīt: Nacionālā apgāda grāmatu: Sandra Lejniece, Aivars Lejnieks, Brigita Janicka-Kupra. Dzelzs deficīts absolūts vai funkcionāls?, 2018.).
- Baktēriju savairošanās tievajās zarnās:
 - Apsvērt antibakteriālo zāļu lietošanu – rifaksimīns pa 550 mg trīs reizes dienā 7-10 dienas pēc kārtas. Lietot olbaltumiem bagātu un cukuriem nabadzīgu diētu.

<p>Sākotnējs <i>In situ</i> kuņģa vēzis (0 stadija) pēc pabeigtas ķirurģiskas ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pirmos divus gadus pēc kārtas ik pēc 3-6 mēnešiem, ● Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem, ● Pēc pieciem radiem – reizi gadā. <p>Pilna asinsaina un asiņu bioķīmija (AsAT, AlAT, GGT, CRO, LDH), kā arī augšējā endoskopija un citi izmeklējumi – tikai pēc klīniskām indikācijām (rentgens, US).</p> <p>Augšējā endoskopija nav indicēta pēc totālas gastrektomijas.</p>
<p>Sākotnējs I stadijas kuņģa vēzis (pT1A, T1B un N0-N1) pēc pabeigtas ķirurģiskas ārstēšanas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pirmos divus gadus pēc kārtas ik pēc 3-6 mēnešiem, ● Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem, ● Pēc pieciem radiem – reizi gadā. <p>Pilna asinsaina un asiņu bioķīmija (AsAT, AlAT, GGT, CRO, LDH) kā arī augšējā endoskopija un citi izmeklējumi – tikai pēc klīniskām indikācijām.</p> <p>Pacientiem pēc endoskopiskas rezekcijas augšējā endoskopija veicama:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reizi 6 mēnešos pirmā gada laikā, ● Reizi gadā turpmākos 5 gadus, ● Vēlāk – pēc indikācijām.

	<p>Krūškurvja, vēdera un iegurņa CT ar kontrastvielas ievadišanu – pēc indikācijām.</p> <p>Sekot iespējamai malnutrīcijai un B12 un dzelzs deficītam (pēc totālas gastrektomijas).</p>
--	--

<p>Sākotnējs II un III stadijas kuņģa vēzis vai I-III stadijas kuņģa vēzis pēc neoadjuvantas ķīmijterapijas pēc pabeigtas terapijas un bez slimības pazīmēm</p>	<p>Sūdzību un simptomu anamnēze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirmos divus gadus pēc kārtas ik pēc 3-6 mēnešiem, • Turpmākos trīs gadus – ik pēc 6-12 mēnešiem, • Pēc pieciem radiem – reizi gadā. <p>Pilna asinsaina un asiņu bioķīmija (AsAT, AlAT, GGT, CRO, LDH) kā arī augšējā endoskopija un citi izmeklējumi – tikai pēc klīniskām indikācijām.</p> <p>Pacientiem pēc daļējas vai subtotālas gastrektomijas augšējā endoskopija veicama pēc indikācijām.</p> <p>Krūškurvja, vēdera un iegurņa CT ar kontrastvielas ievadišanu veic ik pēc 6-12 mēnešiem pirmo 2 gadu laikā, tad reizi gadā turpmākos 3 gadus</p> <p>Apsvērt PET/CT, ja pastāv klīniskas indikācijas</p>
--	---

15 Endometrija vēzis^{1,2}

Pacientes ar endometrija vēzi var novērot gan ģimenes ārsti, gan ginekologi (optimāli – onkologi-ginekologi), jo pēdējo konsultācija (par blaknēm un to ārstēšanu un aprūpi) un lokālā stāvokļa izmeklēšana dinamiskās novērošanas gaitā var būt esenciāli svarīga.

Šobrīd nav pierādīta intensīvas dinamiskās novērošanas pārliecinoša ietekme uz dzīvildzi³, tādēļ tiek rekomendēta vispārēja izmeklēšana, stingri vadoties no pacientes sūdzībām un simptomiem.

¹ Uterine Neoplasms. NCCN Evidence Blocks Version 1.2018 – October 17, 2017

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine_blocks.pdf

² N. Colombo, E. Preti, F. Landoni, S. Carinelli, A. Colombo, C. Marini, C. Sessa Endometrial Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up Ann Oncol 2013; 24 (Suppl 6): vi33-vi38.

³ Salani R¹, Khanna N², Frimer M³, Bristow RE⁴, Chen LM⁵. An update on post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncology (SGO) recommendations. Gynecol Oncol. 2017 Jul;146(1):3-10. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.03.022. Epub 2017 Mar 31.

Endometrija vēža metastazēšanos nosacīti var dalīt tipiskajā scenārijā (recidīvs mazajā iegurnī, iegurņa un paraaortālos limfmezglos, makstī, vēderplēvē un plaušās) un atipiskās metastāzēs – ekstra abdominālos limfmezglos, aknās, virsnierēs, smadzenēs, kaulos un mīkstajos audos (muskulos). Tas jāņem vērā, uzklusot pacientes sūdzības un veicot izmeklēšanu. Pacientēm pēc iegurņa apstarošanas lokāla recidīva risks ir mazāks¹. Visbiežāk slimība recidivē pēc 2-3 gadiem un līdz pat 75-80% tās bija metastāzes ārpus iegurņa².

PET/CT ir jutīgāka metode par CT, bet PAP testa lietošanai nav pierādīta jēga endometrija vēža lokālo recidīvu uzraudzīšanai. Onkocitoloģiskais skrīnings turpināms veikt visām sievietēm, kurām ir saglabāts dzemdes kakls.

16 Citu lokalizāciju audzēji

Attiecībā uz citu lokalizāciju ļaundabīgajiem audzējiem, dinamiskās novērošanas principi ir sekojoši:

- Pirmajos 2-3 gados pacientu regulāri aicina un novēro 3-4 reizes gadā;
- 3. līdz 5. slimības gadā – divas reizes gadā un
- Pēc 5 gadiem, ja nav atklāts slimības recidīvs – reizi gadā.

Katras vizītes laikā pacients rūpīgi iztaujājams par sūdzībām (sāpes, apetīte, svara pārmaiņas, šķebnināšana, garšas pārmaiņas, no jauna parādījušies kaut kādi veidojumi) un simptomiem, jauniem onkoloģisko slimību gadījumiem ģimenes locekļu vidū, medikamentu panesamību un lietošanu, ja pacients turpina terapiju. Tāpat rūpīgi veicama pacienta fizikāla izmeklēšana:

- Apskate (āda, rētas apvidus);
- Palpācija (rētas apvidus, reģionālie limfmezgli);
- Jušanas pārbaude (plaukstās, pēdās);
- Līdzsvara pārbaude.
-

17 Slimības atkārtošanās (recidīvs, metastāzes)

Šajos gadījumos gadījumā turpmākā pacienta dinamiskā novērošana izrietēs no konkrētās klīniskās situācijas un sadarbībā ar speciālistiem. To iepriekš nav iespējams paredzēt un saplānot.

¹ Elliott P, Green D, Coates A, et al. The efficacy of postoperative vaginal irradiation in preventing vaginal recurrence in endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 1994;4:84–90.

² Aalders JG, Abeler V, Kolstad P. Recurrent adenocarcinoma of the endometrium. A clinical and histopathological study of 379 patients. *Gynecol Oncol*. 1984;17:85–103.

Jebkurā gadījumā, rodoties ar pašu slimību vai tās terapiju saistītām komplikācijām, ģimenes ārsts pacientu nosūta pie speciālista, kurš tad tālāk lemj par pacienta sūtīšanu vai nesūtīšanu uz konsīliju, lai lemtu par tālāko taktiku attiecībā uz specifisko paliatīvo vai simptomātisko terapiju.

Ģimenes ārsts var pacientu nesūtīt pie speciālista vai uz specializētu ārstniecības iestādi, ja saskaņā ar vispārējā veselības stāvokļa novērtējumu pēc ECOG skalas¹ tā ir ≥ 3 , kad specifiskā terapija var būt jau pacientam potenciāli bīstama un pasliktināt dzīves kvalitāti. Šis novērtējums noteikti fiksējams ambulatoriskajā kartiņā un pacientam un piederīgajiem jāpaskaidro, kāpēc patients netiek sūtīts uz specializēto iestādi.

Ģimenes ārsts nepieciešamības gadījumā var sūtīt pacientu pie paliatīvās aprūpes speciālista, neirologa, brūču speciālista, algologa un tamlīdzīgi, lai lemtu par optimālo simptomātisko terapiju.

Vispārējā stāvokļa novērtējums	
Novērtējums	Apraksts
0	Pacients ir pilnībā aktīvs, spēj veikt visas tās pašas ikdienas aktivitātes, ko līdz slimībai, bez jēlkādiem ierobežojumiem
1	Pacientam ir ierobežotas intensīvas fiziskas aktivitātes, taču viņš ir staigājošs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piemēram, vieglus mājas vai biroja darbus
2	Pacients ir staigājošs un spējīgs sevi aprūpēt, taču nevar strādāt. Vairāk nekā 50% no nomoda stundām ir aktīvs.
3	Pacients spēj sevi aprūpēt tikai ierobežotā apjomā, vairāk nekā 50% no sava nomoda laikā pavada krēslā vai gultā
4	Pilnībā nespējīgs sevi aprūpēt un ir piesaistīts gultai vai krēslam visas dienas garumā
5	Miris

Pacientam ar jau zināmu metastātisku slimību, kuram, vadoties pēc klīniskās situācijas, slimība turpina progresēt, attēldiagnostiskie izmeklējumi nav indicēti, ja vien sūdzības un simptomi neliecina par koriģējamu situāciju (piemēram, pleirīts, ascīts, perikardīts, palielināts intrakraniālais spiediens vai muguras smadzeņu vai dobās vēnas kompresijas sindroms). Arī šādos gadījumos jāizvēlas vienkāršāki izmeklējumi (US, rentgenizmeklēšana). Augšējās dobās vēnas nospieduma, muguras smadzeņu kompresijas un paaugstināts intrakraniālais spiediena gadījumos patients neatliekamā kārtā sūtāms uz ārstniecības iestādi, kur iespējama simptomātiska apstarošana un/vai neiroķirurģiska palīdzība. Šķidrums punkcijai, elektrolītu disbalansa korekcijai (hiperkalcēmija,

¹ Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

hiponātrēmija, audzēja līzes sindroms), sāpju akūtai ārstēšanai pacients sūtāms uz jebkuru stacionāru procedūras veikšanai un īslaicīgai novērošanai.