



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 audzēju (C71, C72) recidīvs**

#### **KLĪNISKAIS CEĻŠ**

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

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

**2023**

## Saturs

Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa .....	3
Saīsinājumi.....	3
Klīniskā ceļa shēma .....	4
Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta .....	13
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem.....	14
Atsauces .....	15

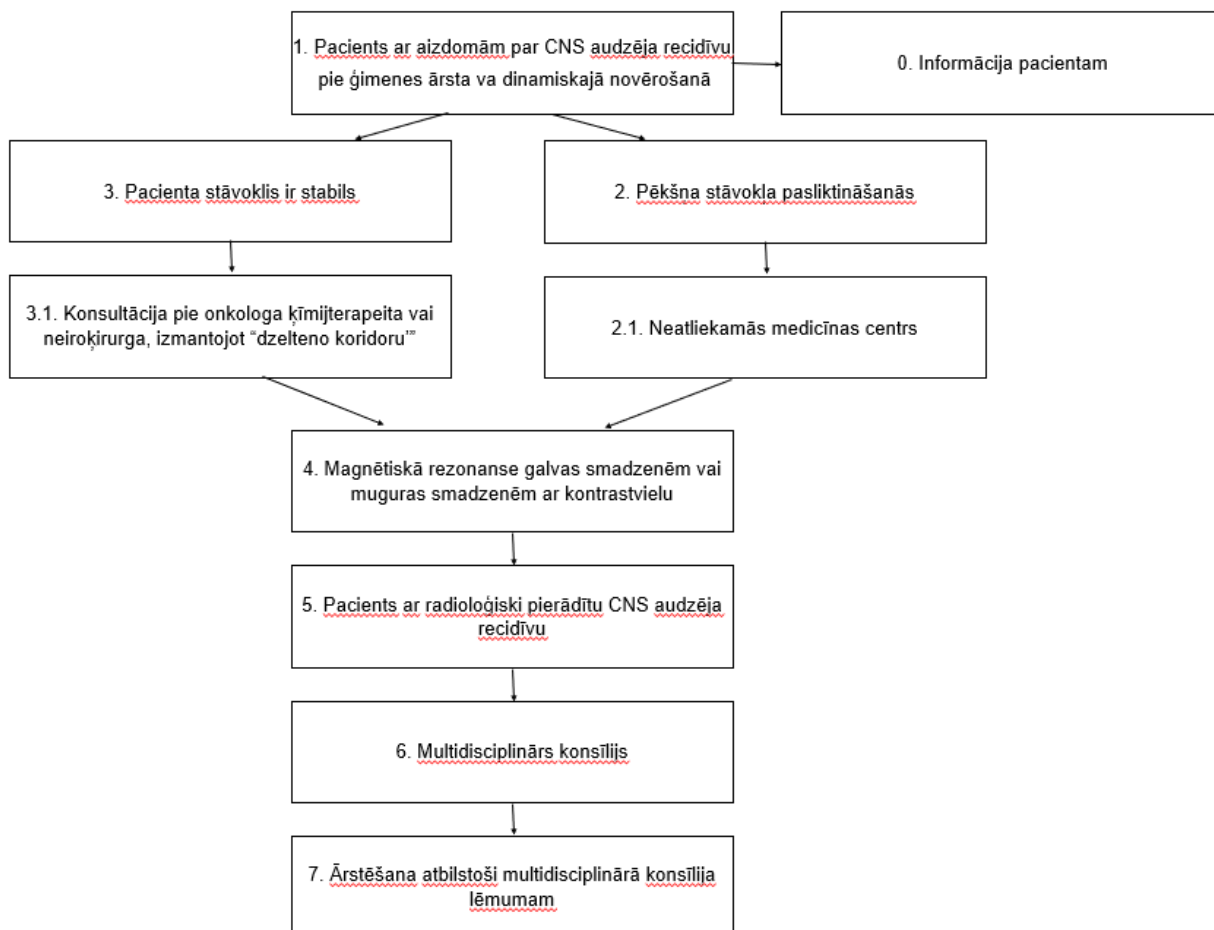
## Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa

- Pacienti
- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Ķirurgi (P 03)
- Neuroķirurgi (P 04)
- Neurologi (P 20)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Internisti (P 01)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Patologi (P 33)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvais materiāls mācību procesā)

## Saīsinājumi

CNS	– centrālā nervu sistēma
CT	– datortomogrāfija
ECOG	– Eastern Cooperative Oncology Group
i/v	– intravenoza
k/v	– kontrastviela
MR	– magnētiskā rezonanse
PET	– pozitronu emisijas tomogrāfija
PSKUS	– Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca
RAKUS	– Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

## Klīniskā ceļa shēma



## **0. Informācija pacientam**

Ja jums rodas jaunas sūdzības vai pastiprinās esošās (vienas puses vājums, runāšanas grūtības, krampju lēkmes, pārvietošanās traucējumi, sapratnes traucējumi, redzes traucējumi, līdzsvara traucējumi, jušanas traucējumi, stipras galvassāpes, slikta dūša ar vemšanu), nekavējoties dodieties pie sava ģimenes ārsta. Ja ģimenes ārstam pēc jūsu iztaujāšanas un izmeklēšanas radīsies aizdomas par iespējamu centrālās nervu sistēmas audzēja recidīvu (atgriešanos), viņš jūs pierakstīs, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pie neiroķirurga vai onkologa ķīmijterapeita, kas iepriekš jau veicis jūsu novērošanu un/vai ārstēšanu. Uz pieņemšanu pie ārsta speciālista jūs nokļūsiet 10 darba dienu laikā no brīža, kad ģimenes ārsts jūs pieteiks. Neiroķirurgs vai onkologs ķīmijterapeits lems par nepieciešamiem papildu izmeklējumiem. Iespējams, jūs nosūtīs uz magnētiskās rezonanses izmeklējumu galvai vai muguras smadzenēm ar intravenozu kontrastvielu (ja vien jums nav alerģijas pret kontrastvielu). Ārsts speciālists, izmantojot “dzeltenu koridoru”, jūs pierakstīs uz magnētiskās rezonanses izmeklējumu. Magnētiskā rezonanse tiks veikta 30 dienu laikā kopš konsultācijas brīža. Ar magnētiskās rezonanses izmeklējuma slēdzienu jūs dosieties atpakaļ pie ārsta speciālista, kas organizēs onkoloģisko konsīliju, lai atkarībā no magnētiskās rezonanses atbildes lemtu jautājumu par tālāko taktiku. Ārsts speciālists vai koordinators jūs informēs par onkoloģiskā konsīlija lēmumu un turpmāk veicamo rīcību.

## **1. Pacients ar aizdomām 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 klīniskais ceļš izstrādāts kā palīgs ģimenes ārstiem un citiem speciālistiem, kas 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 izpaužies CNS audzējs pirmreizējās diagnozes atklāšanas brīdī. Jo, tā kā CNS audzēji visbiežāk recidivē lokāli, simptomi recidīva gadījumā bieži vien ir tādi paši kā slimības sākumā. Jāpiebilst, ka nav izslēgta arī jaunu neiroloģisku sūdzību rašanās. 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 specifiskā 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, piemēram, glioblastomas, bieži vien recidivē 6–12 mēnešu laikā, bet indolentiem CNS audzējiem recidīvi var būt pat pēc vairākiem gadiem. Visu šo laiku pacientam 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 iepriekš jau ir bijis un būtiski nemainās vai arī tas ir jauns simptoms. Svarīgi pacienta izvērtēšanā lūgt palīdzību arī pacienta radniekiem, jo pacientiem ar CNS audzēju var būt domāšanas un atmiņas traucējumi. Ja pacientam ir radies kāds jauns neiroloģisks simptoms vai jau iepriekš zināma sūdzība progresē, tad pārejiet uz nākamo klīniskā ceļa punktu 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 un vai pirms ārstēšanās vai ārstēšanās laikā bijušas lēkmes. Ja epilepsijas lēkmes ir bijušas, tad jānoskaidro, vai pacientam epilepsijas lēkmes kļuvušas biežākas, mainījis to veids, 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 klīniskā ceļa 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 klīniskā ceļa nākamo punktu;
- **vienas puses centrālas jeb spastiskas parēzes sākšanās vai pastiprināšanās.** Parēze ir biežs neiroloģisks simptoms pacientiem ar 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 klīniskā ceļa nākamo punktu;
- **motoras un/vai sensoras afāzijas simptomu rašanās vai pastiprināšanās.** Motoras un/vai sensoras afāzijas simptomu pastiprināšanos ne vienmēr ir viegli izvērtēt konsultācijas laikā. Būtu noderīgi apjautāties radiniekiem par pacienta spējām saprast informāciju un izteikties un vai radinieki ir pamanījuši kādu pasliktināšanos. Ja motora un/vai sensora afāzija ir jauns simptoms vai ir aizdomas, ka dinamikā progresē, tad dodieties uz klīniskā ceļa 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 ne, ja vien pacientam nav arī citu neiroloģisku simptomu, 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 klīniskā ceļa 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 audzēju 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

- slimības. Ja ir aizdomas par CNS audzēja izraisītu sliktu dūšu un/vai vemšanu, tad dodieties uz klīniskā ceļa 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 klīniskā ceļa nākamo punktu;
  - **neskaidras etioloģijas strauji progresējoši samaņas vai uztveres traucējumi.** Pacientiem ar CNS audzēju 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 jājautā radniekiem, vai viņi ir pamanījuši kādus sapratnes traucējumus. Var izpausties arī izteikta miegainība, pacients spēj nogulēt miegā vienu, divas diennaktis, nespēj rakstīt, lasīt, nespēj atcerēties iepriekš izmantotu valodu, var sākties pēkšņas agresivitātes izpausmes, personības izmaiņas, redzes, dzirdes, ožas halucinācijas. Ja šādi simptomi progresē vai parādījušies no jauna, tad dodieties uz klīniskā ceļa nākamo punktu;
  - **pakāpeniski pieaugoši jušanas traucējumi.** Visbiežāk jušanas traucējumi skar vienas puses roku un/vai kāju un biežāk ir saistīti ar 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 un parasti izpaužas simetriski un vairāk skar plaukstas un pēdas. Ja jušanas traucējumi pastiprinās, mainās vai parādās pirmo reizi dzīvē, tad dodieties uz klīniskā ceļa nākamo punktu;
  - **hroniskas, progresējošas, īpaši rīta vai nakts galvassāpes.** Pacientiem 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 sākas spēcīgas galvassāpes, kas nereaģē uz pretsāpju medikamentiem, tad dodieties uz klīniskā ceļa 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. Pacientiem, kam ir bijis diagnosticēts muguras smadzeņu audzējs, jānovērtē, vai nesākas 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 klīniskā ceļa nākamo punktu.

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

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 tādos gadījumos ātri jārikojas, lai varētu palīdzēt pacientam. Jāatceras, ka pacientiem ar CNS audzēju terapijas laikā un arī pēc terapijas var dekompensēties citas blakusslimības, kas būtu jāizmeklē un jāārstē atbilstoši konkrētai situācijai.

CNS audzējs var progresēt lēnām. Var parādīties jauni vai pastiprināties jau esošie simptomi 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 līdz 30 dienām no konsultācijas brīža līdz multidisciplināram konsilijam, vai nosūtāms uz neatliekamās medicīnas centru, lai palīdzība tiktu sniegta ātrāk, ir nepieciešams izvērtēt, vai sūdzības ir strauji progresējošas, kas apdraud pacienta dzīvību, vai lēni progresējošas un pacienta stāvoklis ir stabils.

Ja pacienta stāvoklis ir stabils, tad dodieties uz 3. punktu.

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

## 2. 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 ir parādījies jauns simptoms (skatīt 1. punktu), kas dažu dienu vai nedēļu laikā ir pasliktinājis pacienta stāvokli, tad pacientu rekomendē nosūtīt uz neatliekamās medicīnas centru, lai veiktu izmeklējumus un sniegtu pacientam palīdzību pēc iespējas ātrāk.

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

Latvijā CNS audzēji tiek ārstēti RAKUS “Gaiļezers” un Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā. Pacientu vēlams nosūtīt uz tās universitātes slimnīcas neatliekamās medicīnas centru, kur iepriekš tika veikta ķirurģiska terapija. Ja pacients nokļuvis reģionālajā slimnīcā, kurā nav pieejama neiroķirurga konsultācija, tad skatiet 2.1. punktu.

### 2.1. Neatliekamās medicīnas centrs



Šajā etapā neatliekamās medicīnas centra ārsti izvērtē pacienta stāvokli un veic izmeklējumus. Ja ir aizdomas par CNS audzēja recidīvu, tad tiek veikta CT galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajām daļām ar kontrastvielu (ja ir laba nieru funkcija, nav alerģijas pret kontrastvielu), lai izslēgtu vai pierādītu recidīvu. Ja pēc CT izmeklējuma ir aizdomas par audzēja recidīvu, tad tiek piesaistīts neiroķirurgs, kas izvērtē, vai ir nepieciešama papildu MR galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajai daļai. Ja pacients nokļuvis reģionālajā slimnīcā, kur nav pieejama neiroķirurga konsultācija, jāsazinās ar onkoloģijas koordinātoru tajā universitātes slimnīcā, kurā pacients iepriekš saņēmis terapiju, vai jāzvana uz RAKUS Neiroķirurģijas nodaļu, tālr. 67042598, vai PSKUS Neiroķirurģijas nodaļu, tālr. 67069522.

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 saglabājas smags, tad pacients ir jāpārved uz stacionāru, kur var veikt MR izmeklējumu.

Ja pacients stacionēts reģionālajā slimnīcā un pēc CT galvas smadzenēm vai mugurkaula atbilstošajai daļai ar kontrastvielu 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 (skatīt 3. punktu).

### 3. Pacienta stāvoklis ir stabils

Ģimenes ārstam vai ārstam speciālistam ir jāizvērtē pacienta stāvoklis. Ja pacienta stāvoklis ir stabils – ECOG 0, ECOG 1, ECOG 2, ECOG 3 (skatīt ECOG aprakstu pielikumā) –, dinamiskā tādā ir jau ilgstoši un pēdējo nedēļu laikā nav pasliktinājies un pašlaik ir pievienojušies jauni neiroloģiskie simptomi vai progresē esošie neiroloģiskie simptomi, kas neapdraud pacienta dzīvību, tad pacients, izmantojot “dzeltenu koridoru”, ir jāsūta pie viņa ārstējošā neiroķirurga vai onkologa ķīmijterapeita. Vizīti “dzeltenā koridora” ietvaros pacientam piesaka ģimenes ārsts vai ārsts speciālists.

Nosūtījumā ģimenes ārsts vai ārsts speciālists norāda:

- attiecīgo onkoloģiskās slimības diagnozes kodu pēc SSK10 klasifikācijas;
- pacienta sūdzības un slimības simptomus, fizikālās atrades datus, kas apliecina aizdomas par CNS audzēja recidīvu;
- veikto izmeklējumu datus (ja tādi ir pieejami), kas liecina par recidīvu;
- pacientu grupu – **“C2P – Ļaundabīgo audzēju recidīvu primāra diagnostika”**.

Šādam pacientam ar attiecīgi aizpildītu nosūtījuma veidlapu, ja tajā norādīta minētā pacientu grupa, ārstniecības iestāde nodrošina konsultāciju **10 darba dienu laikā** no dienas, kad pacients pieteikts konsultācijai. Rekomendē izvēlēties ārstniecības iestādi, kur pacients iepriekš ir saņēmis onkoloģisko ārstēšanu.

Saziņai ar specializētajām slimnīcām (pacientu uz speciālistu konsultāciju piesaka ģimenes ārsta prakse vai ārsts speciālists) paredzētie tālruņa numuri nav izplatāmi pacientiem!

Slimnīca	Tālruņa numurs	Darba laiks
Rīgas Austrumu klīniskā universitātes klīnika (RAKUS)	67 042 264, 20 375 600	8.00–18.00

<b>Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca (PSKUS)</b>	67 095 393, 25 650 310	8.00–19.00
---	------------------------	------------

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā **neattiecas uz pacientiem**, kuriem jau iepriekš onkoloģiskais konsilijs 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.

### **3.1. Konsultācija pie onkologa ķīmijterapeita vai neuroķirurga, izmantojot “dzeltenu koridoru”**

Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists izsniedz pacientam nosūtījumu ar pacienta diagnozi pēc SSK10 klasifikācijas, norādot pacientu grupu “C2P – Ļaundabīgo audzēju recidīvu primāra diagnostika”. Pacients konsultāciju pie speciālista (onkologa ķīmijterapeita vai neuroķirurga) saņem 10 darba dienu laikā. Pacients ir jāvirza uz to pašu slimnīcu un pie tā paša ārstējošā ārsta, kas nodrošinājis primāro audzēja ārstēšanu (skatīt 3. punktu).

Onkologs ķīmijterapeits vai neuroķirurgs, izvērtē pacienta stāvokli, pacienta sūdzības un, ņemot vērā pacienta audzēju, iepriekš saņemto terapiju, potenciālās terapijas iespējas, sūdzību veidu un attīstības dinamiku, nolemj, vai pacientam ir nepieciešams veikt MR izmeklējumu.

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 neuroķirurgs. Kā arī, ja pacienta stāvoklis ir smags – ECOG 3 vai ECOG 4 – un tālāka specifiska 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 pacientu nosūta uz onkoloģisko konsīliju, kas lemj par simptomātisku terapiju, ja vien jau iepriekš nav bijis tāds konsīlija lēmums.

Ja speciālists nolemj, ka ir nepieciešama MR galvas vai muguras smadzenēm, tad izmeklējums tiek veikts ar ārsta speciālista nosūtījumu, izmantojot “dzeltenu koridoru” (skatīt 4. punktu).

### **4. 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 dabu (piemēram, kontrastvielu krājoši audzēji var norādīt uz agresīvāku audzēja dabu) un palīdzētu atšķirt audzēja recidīvu no izmaiņām pēc terapijas. Ja kontrastvielas ievade ir kontraindicēta, 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 kontraindicēts, 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 kontraindicēts, jāveic CT izmeklējums galvas smadzenēm vai muguras smadzenēm ar kontrastvielu.

Ja pacientam pirms tam 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 medicīnas 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 “**C2P – Ļaundabīgo audzēju recidīvu primāra diagnostika**”. “Dzeltenā koridora” ietvaros MR izmeklējums tiek veikts **30 dienu laikā** kopš pirmās speciālista konsultācijas, iekļaujot šajā termiņā arī ārstu konsīlija lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku. MR izmeklējumu piesaka ārsts speciālists.

MR izmeklējumus galvai un muguras smadzenēm, izmantojot “dzeltenu koridoru”, var veikt:

<b>Slimnīca</b>	<b>Tālruņa numurs</b>	<b>Darba laiks</b>
<b>Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca (RAKUS)</b>	67 042 264, 20 375 600	8.00–18.00
<b>Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca (PSKUS)</b>	67 095 393, 25 650 310	8.00–19.00
<b>Daugavpils reģionālā slimnīca</b>	65 405 329	8.00–16.00
<b>Liepājas reģionālā slimnīca</b>	25 617 170	10.00–15.00
<b>Medicīnas centrs ARS</b>	28 019 033	9.00–16.00
<b>“Veselības centru apvienības” poliklinikas</b>	8828, 67 799 977	8.00–17.00

## **5. Pacients ar radioloģiski pierādītu CNS audzēja recidīvu**

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

Onkoloģiskā konsīlija veidlapu aizpilda un pacientu prezentē tas speciālists, pie kura pacients ambulatori ir konsultējies un kurš nozīmējis MR izmeklējumu, vai ārsts speciālists, kas pacientu ārstē 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, ārstējošam ārstam jāsaazinās ar onkologu ķīmijterapiju vai neiroķirurgu, kas pacientu ārstējis iepriekš. Onkologs ķīmijterapeits vai neiroķirurgs aizpilda onkoloģiskā konsīlija veidlapu un prezentē pacientu onkoloģiskajā konsīlijā. Ar ārstējošo ārstu var sazināties, zvanot attiecīgās ārstniecības iestādes onkoloģijas koordinatoram.

Ja pacientam CT un/vai MR izmeklējums veikts reģionālajā slimnīcā un radioloģiski apstiprinās aizdomas par audzēja recidīvu, bet pacienta stāvoklis ir uzlabojies un stabils, tad pacientu var sūtīt pie onkologa ķīmijterapeita vai neiroķirurga, izmantojot “dzeltenu koridoru” (skatīt 3.1. punktu).

Ja MR izmeklējumā recidīvs neapstiprinās, tad pacients turpina novēroties pie onkologa ķīmijterapeita un/vai neiroķirurga.

## **6. Multidisciplinārs onkoloģiskais konsīlijs**

Onkoloģiskajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, neiroķirurgs, radiologs diagnost, patologs, ārstējošais ārsts un/vai neirologs. 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 **30 dienu laikā kopš pirmās speciālista konsultācijas**, izmantojot “dzelteno koridoru”.

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils, onkoloģiskais konsīlijs tiek organizēts pēc veikta MR izmeklējuma, ja tāds ir plānots.

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

Ja pēc MR izmeklējuma nav skaidrs, vai redzamās izmaiņas izraisījusi audzēja progresija vai staru terapija, pacientam var rekomendēt veikt PET izmeklējumu ar aminoskābēm, kas Latvijā nav pieejams un nav valsts kompensēts.

## **7. Ārstēšana atbilstoši onkoloģiskā konsīlija lēmumam**

Šī dokumenta mērķis ir primāras un sekundāras recidīvu diagnostikas ceļa izstrāde. Šeit netiek sīkāk apskatīta specifiska pretaudzēja terapija.

CNS audzēju specifiskas ārstēšanas iespējas ir operācija, staru terapija, sistēmiska terapija vai šo metožu kombinācija. Atsevišķos gadījumos audzēja recidīva gadījumā pacientam var nozīmēt arī novērošanu dinamikā ar kontroles MR pēc dažiem mēnešiem.

Ja onkoloģiskais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi, tas nozīmē, ka tālāka pretaudzēja terapija nav iespējama un netiek plānota. Šie pacienti tiek novirzīti terapijai pie ģimenes ārsta un paliatīvās aprūpes speciālista (nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts). Onkologs ķīmijterapeits un neiroķirurgs vairs neveic novērošanu.

## **Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta**

- Konsultācija pie onkologa ķīmijterapeita vai neiroķirurga, vai neirologa tiek segta no valsts budžeta. Papildus jāsedz pacienta līdzmaksājums.
- CT galvai vai muguras smadzenēm ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus jāsedz pacienta līdzmaksājums.
- MR galvai vai muguras smadzenēm ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus jāsedz pacienta līdzmaksājums.
- Ja MR laikā nepieciešama vispārējā narkoze, atsevišķās iestādēs šis pakalpojums pacientam jāsedz no personiskajiem līdzekļiem.
- Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) ar aminoskābēm Latvijā nav pieejama un nav valsts kompensēta.

Onkoloģijas koordinators stacionāros, kuros tiek nodrošināta onkoloģisko pacientu specifiska ārstēšana, pašlaik nav pieejams, bet tāds ir plānots.

## 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 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

## 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-diaagnostika>

Par “dzeltenu koridoru” – Nacionālais veselības dienests.

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

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36613852/>