

Vēža slimnieku dinamiskā novērošana
KLĪNISKIE CEĻI

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

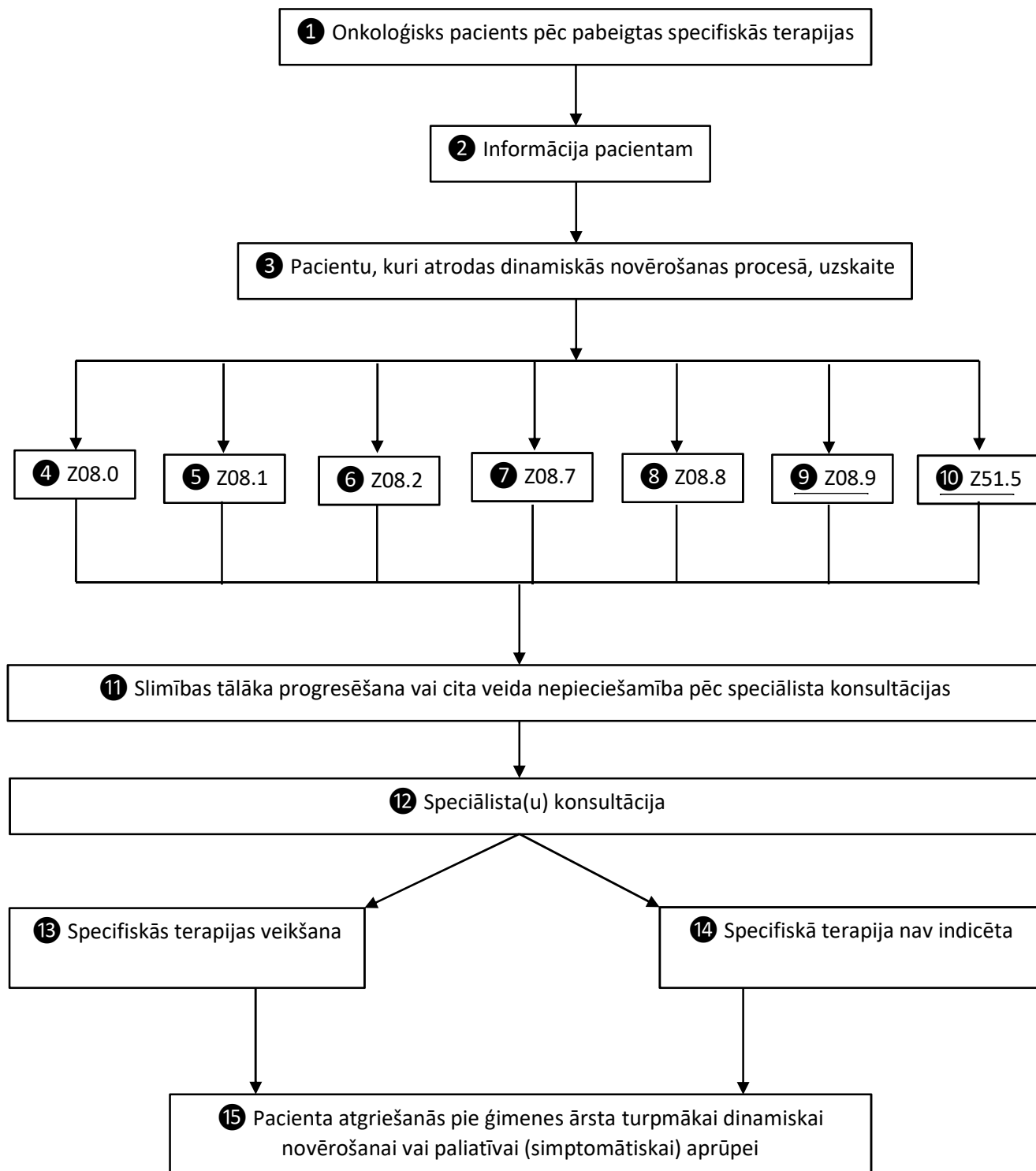
Onkoloģisko pacientu dinamiska novērošana ir viņu regulāra novērošana, mērķtiecīga izmeklēšana un, nepieciešamības gadījumā, konsultēšana ar speciālistiem vai multidisciplināra konsīlija ietvaros (ķirurgs, radiologs terapeits, onkologs ķīmijterapeits, urologs, ginekologs, imunologs, paliatīvās aprūpes speciālists, algologs vai citi pieaicināti speciālisti).

Latvijā līdz 2017. gada nogalei uzskaitē SPKC¹ bija pavisam 77 341 vēža pacients (C00-C97), tai skaitā 43 925, kuriem diagnoze noteikta vismaz pirms pieciem gadiem (57%). Teorētiski visiem šiem pacientiem (77 341) būtu jānodrošina dinamiskā novērošana, jo daļai pacientu onkoloģiskā slimība vairs neatkārtosies, bet daudziem pēc īsāka vai garāka laika perioda iespējama pārslimotās onkoloģiskās slimības atjaunošanās (recidīvs, metastāzes) vai citas lokalizācijas vēža attīstība. Tā kā slimības atjaunošanās risks ir praktiski ikvienam pacientam, tad dinamiskā novērošana būtu attiecināma uz pilnīgi visiem vēzi pārdzīvojušiem (*cancer survivor*).

Latvijā līdz šim nav bijuši izstrādāti algoritmi un klīniskie ceļi dinamiskai novērošanai onkoloģijā. Taču, kā rāda nesenā pieredze ar Zaļo koridori, algoritmu ieviešana būtiski uzlabo diagnostisko darbu un ietaupa līdzekļus.

Problēma varētu rasties, formējot dokumentus invaliditātes piešķiršanai, jo Latvijā pastāvošās tiesību normas paredz ļoti plašu izmeklējumu klāstu, kas agrīnās stadijās nemaz nav nepieciešami, bet ļoti daudzi pacienti par katru cenu vēlas šo invaliditāti noformēt, kas garantē viņiem noteiktus atvieglojumus (bezmaksas sabiedriskais transports, piemaksas un tml.).

Novērots, ka vislielākais audzēju atjaunošanās un metastazēšanās risks ir pirmajos piecos gados pēc diagnozes noteikšanas, tādēļ tieši šajā periodā nepieciešama rūpīga pacientu uzraudzība 3-4 reizes gadā pirmajos 2 gados, 2-3 reizes gadā 3., 4. un 5. slimības gadā un reizi gadā pēc 5 gadiem kopš diagnozes noteikšanas. Dažādu valstu un reģionu vadlīnijās apmeklējumu biežums svārstās no 1 līdz 4 reizēm pirmajos gados līdz reizei gadā pēc pieciem gadiem. Tādēļ te izšķirīgs ir slimības atjaunošanās risks katram konkrētajam indivīdam, blakusslimības, saņemtā terapija, audzēja reakcija uz ārstēšanu.



1 Onkoloģisks pacients pēc pabeigtas specifiskās terapijas

Dinamiskā novērošana attiecas uz laiku pēc pabeigtas specifiskās terapijas, kā arī uz tiem pacientiem, kuri ilgstoši saņem perorālu adjuvantu jeb profilaktisku terapiju ar medikamentiem, kurus izraksta ģimenes ārsts saskaņā ar onkologa ķīmijterapeita vai multidisciplināra konsīlija rekomendācijām. Piemēram, ģimenes ārsts izraksta tamoksifēnu sievietēm ar krūts vēzi. Dinamiskā novērošana tāpat attiecas uz pacientiem, kuri ir pabeiguši specifisku paliatīvu terapiju un kuriem ir iestājusies slimības stabilizācija, kā arī uz pacientiem, kuri saņem simptomātisku terapiju. Specifiskās neoadjuvantās (pirms operācijas), adjuvantās (pēc operācijas) un paliatīvās terapijas (radikāli neizārstējošas) laikā pacients atrodas tiešā ārstējošā ārsta pārraudzībā.

Specifiskās terapijas laikā (ambulatoriski vai stacionārā) pacientu novēro, uzrauga un pēc indikācijām veic konkrētus papildu izmeklējumus pacienta tā brīža ārstējošais ārsts (ķirurgs, radiologs terapeits, urologs, ginekologs onkologs vai onkologs ķīmijterapeits). Terapiju pabeidzot, ārstējošam ārstam būtu izrakstā jānorāda ne tikai kāda terapija saņemta, bet arī kādas bijušas tās blaknes vai cita rakstura problēmas un sagaidāmie riski nākotnē, kā arī iespējamā prognoze dzīvildzei, izārstēšanas varbūtībai, invalidizācijai).

Dinamisko novērošanu Latvijā veic ģimenes ārsts, un būtu vēlama uzraugošo speciālistu loka paplašināšana ar onkologiem ķīmijterapeitiem, urologiem, ginekologiem, gastroenterologiem, pneimonologiem, ķirurgiem, pie kuriem neskaidrību gadījumos ģimenes ārsts pacientus var nosūtīt konsultācijai.

2 Informācija pacientam

Ģimenes ārsts pēc pabeigtās specifiskās terapijas izskaidro pacientam dinamiskās novērošanas mērķus, būtību un nepieciešamību, lai nodrošinātu audzējspecifisku vai vispārēju secīgu novērošanu un aprūpi, laikus atklātu slimības recidīvu un nosūtītu pie speciālistiem tālākās terapijas taktikas un stratēģijas plānošanai un realizācijai, atklātu, ārstētu un aprūpētu pacientus ar terapijas radītām vēlīnām komplikācijām, nodrošinātu psihosociālo atbalstu un rehabilitāciju, noteiktu pacienta un viņa ģimenes locekļu iespējamo ģenētisko predispozīciju un mudinātu veikt profilaktiskus pasākumus, mērķtiecīgi veiktu citas lokalizācijas audzēju meklēšanu, iesaistot pacientu skrīninga programmās un nodrošinot piekļuvi Zaļajam koridoram, ja tas nepieciešams, un nodrošinātu simptomātisku terapiju un aprūpi. Valsts kopš 2019. gada 1. janvāra apmaksā 6 dienu psihoemocionālo rehabilitāciju Dzīvības koka organizētajos pasākumos. Pacienti aicināmi sazināties ar Dzīvības koku (www.dzivibaskoks.lv).

Tāpat ģimenes ārsts kopā ar pacientu pārrunā dinamiskās novērošanas kalendāro plānu, proti, cik bieži un kādi izmeklējumi tiks veikti katrā konkrētā audzēja gadījumā, jo izmeklējumi un to biežums dažādu lokalizāciju audzējiem var būtiski atšķirties (sk. ALGORITMUS).

Ģimenes ārsts mudina pacientu pašam sekot savam stāvoklim un sūdzību gadījumā griezties pie viņa pēc padoma un palīdzības. Tāpat ģimenes ārsts izskaidro pacientam, ka diemžēl šī ir tāda slimība, kad recidīvs vai metastāzes var attīstīties arī bez konkrētām sūdzībām un simptomiem, tādēļ dažu audzēju gadījumā ir jāveic regulāri konkrēti izmeklējumi arī tad, ja īpašu sūdzību nav. Ģimenes ārstam pacientam jāizskaidro, kādus izmeklējumus veic par valsts naudu, kādiem izmeklējumiem nepieciešams speciālista vai konsīlija lēmums un kādos gadījumos izmeklējumus pacients var veikt par savu vai sponsoru naudu. Tā piemēram, pagaidām Latvijā PET/CT izmeklējumu valsts neapmaksā dinamiskās novērošanas gaitā. To ir ļoti būtiski saprast, lai neveidotos konflikta situācijas. Šaubu gadījumā, ģimenes ārsts var sūtīt pacientu pie speciālista (ķirurga, radiologa terapeita vai onkologa ķīmijterapeita), lai tas izskaidrotu un lemtu par nepieciešamiem papildu izmeklējumiem.

Ģimenes ārsts var rekomendēt pacientam vērsties www.onkologapiezimes.lv, lai saņemtu papildu informāciju par savu slimību un tās ārstēšanu, kā arī www.dzivibaskoks.lv papildu rehabilitācijas iespējām.

3 Pacientu, kuri atrodas dinamiskās novērošanas procesā, uzskaitē

Starptautiskā slimību klasifikācija <http://www.spkc.gov.lv/ssk10> paredz īpaši kodēt regulāras pārbaudes pacientiem pēc ļaundabīga audzēja ārstēšanas - Z08, taču tajā nav jāiekļauj pēcārstēšanas aprūpe un atveseļošanās, piemēram, regulāra brūču aprūpe pēc operācijas vai apstarošanas. Šis kods paredz vairākus apakškodus, ko ģimenes ārstam vajadzētu norādīt rēķintālonos kā pirmo diagnozi (Z08 kods un tā apakškodi), bet audzēja diagnozi, kuras dēļ notiek dinamiskā novērošana, – kā blakusdiagnozi (C00-C97 kods).

Regulārās pārbaudes pēc ļaundabīga audzēja ārstēšanas var iedalīt vairākos veidos:

- 1) Z08.0 = regulāra pārbaude pēc ļaundabīga audzēja operācijas, kas attiektos uz pacientiem, kuriem veikta tikai ķirurģiska ārstēšana;
- 2) Z08.1 = regulāra pārbaude pēc ļaundabīga audzēja radioterapijas, neiekļaujot pašu radioterapijas (apstarošanas) kursu, kas attiektos uz pacientiem, kuriem veikta tikai radioterapija (apstarošana);

- 3) Z08.2 = regulāra pārbaude pēc ļaundabīga audzēja ķīmijterapijas, neiekļaujot pašu ķīmijterapijas kursu, kas attiektos uz pacientiem, kuriem veikta tikai ķīmijterapija;
- 4) Z08.7 = regulāra pārbaude pēc ļaundabīga audzēja kombinētas terapijas, kas attiektos uz pacientiem, kuriem izmantotas dažādas terapijas metodes (ķirurģija, apstarošana, medikamentoza terapija);
- 5) Z08.8 = regulāra pārbaude pēc cita veida ļaundabīga audzēja terapijas, kas attiektos uz pacientiem, kuriem veikta cita veida sistēmiska terapija, kas nav ķīmijterapija (hormonterapija, mērķterapija, imūnterapija u.tml.), bet neatbilst Z08.7 kodējumam;
- 6) Z08.9 = regulāra pārbaude pēc neprecizētas ļaundabīga audzēja ārstēšanas (nav datu).
- 7) Z51.5 = paliatīva aprūpe.

Saliktajam kodam Z08 ar tā apakškodiem + C.. vajadzētu kalpot par iezīmi paātrinātai piekļuvei pie konkrētiem izmeklējumiem, ja tam ir klīniskas indikācijas vai pastāv liels metastazēšanās risks. Šādi tiktu paātrināta arī pacientu atkārtota nokļūšana pie speciālista tālākās terapijas vai aprūpes taktikas novērtēšanai. Nosūtot pacientu ar Z08 kodu uz konkrētu izmeklējumu, ģimenes ārsts vadās pēc reālām indikācijām, nevis pacienta pieprasījuma.

Aizdomu gadījumā par slimības atjaunošanos vai tālāku progresēšanu paliatīvās terapijas laikā ģimenes ārsts papildus izmeklējumus neveic, bet, ja pacienta vispārējais veselības stāvoklis pēc ECOG skalas (sk. Algoritmus) ir 0-2, sūta pie speciālista, kurš tad lems par nepieciešamajiem izmeklējumiem un to veikšanas vietu. Ja pacienta vispārējais stāvoklis pēc ECOG skalas ir ≥ 3 , tad ģimenes ārsts sāk simptomātisko terapiju, nepieciešamības gadījumā konsultējoties ar algologu, paliatīvās aprūpes vai citu speciālistu. Pacientus ar dzīvību apdraudošām komplikācijām (muguras smadzeņu vai augšējās dobās vēnas kompresijas sindromu, paaugstinātu intrakraniālo spiedienu) ģimenes ārsts Latvijā neatliekamā kārtā drīkst sūtīt uz tām specializētām ārstniecības iestādēm, kur pieejama apstarošana un/vai neiroķirurģiska palīdzība.

4 Z08.0

Tie ir pacienti pēc vienas pašas ķirurģiskas ļaundabīga audzēja ārstēšanas. Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc algoritma konkrētajam audzējam, vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacienti ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka

konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacienti ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

Ķirurgam izrakstā ir jānorāda operācijas veids, kā arī komplikācijas (ja tādas bijušas) un sagaidāmie riski nākotnē (malnutricijai, dempinga sindroms, rētas sāpes u.tml.). Pacienti ar komplikācijām, kas varētu būt saistītas ar operāciju, pēc vajadzības sūtāmi pie ķirurga.

5 Z08.1

Tie ir pacienti pēc vienas pašas radioloģiskas (apstarošana) ļaundabīga audzēja ārstēšanas. Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc algoritmiem konkrētajam audzējam vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacienti ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacienti ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

Radiologam terapeitam izrakstā jānorāda ne tikai starošanas veids un saņemtās starojuma dozas, bet arī komplikācijas (ja tādas bijušas) un sagaidāmie riski nākotnē (atrofija, kaulu smadzeņu nomākums u.tml.). Pacienti ar komplikācijām, kas varētu būt saistītas ar apstarošanu pēc vajadzības sūtāmi pie radiologa terapeita.

6 Z08.2

Tie ir pacienti pēc vienas pašas ķīmijterapijas, ar to saprotot klasisko ķīmijterapiju ar ķīmiskām vielām. Te neietilpst terapija ar mērķterapeitiskiem līdzekļiem, hormonpreparātiem, imūnterapiju u.tml. Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc algoritmiem konkrētajam audzējam vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacienti ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacienti ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

Onkologam ķīmijterapeitam izrakstā jānorāda ne tikai saņemto medikamentu nosaukumi, bet arī to devas un atbalsta terapijā lietotie medikamenti (pretvemšanas, nieru darbības uzlabošanai vai dezintoksikācijai lietotie līdzekļi), bet arī komplikācijas (ja tādas bijušas) un sagaidāmie riski

nākotnē (kardiālās problēmas, plaušu toksicitāte, trombemboliju risks, mielosupresija u.tml.). Pacienti ar komplikācijām, kas varētu būt saistītas ar ķīmijterapiju pēc vajadzības sūtāmi pie onkologa ķīmijterapeita.

7 Z08.7

Tie ir pacienti pēc kombinētas ļaundabīga audzēja ārstēšanas, ietverot visdažādākās metodes un dažādā secībā (operācija, apstarošana, sistēmiska medikamentoza terapija). Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc algoritmiem konkrētajam audzējam vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacientiem ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacientiem ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

Attiecīgajiem speciālistiem (ķirurgam, radiologam, terapeitam, onkologam, ķīmijterapeitam) izrakstā jānorāda ne tikai saņemtās terapijas metodes (izvērsti), bet arī komplikācijas (ja tādas bijušas) un sagaidāmie riski nākotnē (kardiālās problēmas, plaušu toksicitāte, trombemboliju risks, mielosupresija u.tml.). Pacienti ar komplikācijām, kas varētu būt saistītas ar terapiju, sūtāmi uz kādu no specializētajām iestādēm pie speciālista, kurš šo terapiju nozīmējis vai uz multidisciplināro konsīliju turpmākās terapijas taktikas lemsšanai.

8 Z08.8

Tie ir pacienti, kuriem ļaundabīgais audzējs ārstēts ar citām metodēm, piemēram, tikai hormonterapiju, imūnterapiju, bioterapiju, mērķterapiju u.tml. Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc algoritmiem konkrētajam audzējam vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacientiem ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacientiem ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

Attiecīgajiem speciālistiem izrakstā jānorāda ne tikai saņemtās terapijas metode (medikamenti, devas, režīms), bet arī komplikācijas (ja tādas bijušas) un sagaidāmie riski nākotnē.

Pacienti ar komplikācijām, kas varētu būt saistītas ar terapiju sūtāmi pie speciālista vai uz iestādi, kur šī terapija nozīmēta.

9 Z08.9

Tie ir pacienti, par kuru ļaundabīgā audzēja ārstēšanas metodēm trūkst ziņu (piem., nozaudēti dokumenti). Dinamiskās novērošanas periodā ģimenes ārstam jāvadās pēc klīniskajiem ceļiem konkrētajam audzējam vai pēc principa, ka pirmos 2-3 gadus pacientu uzrauga biežāk (3-4 reizes gadā), turpmākos 2-3 gadus – divas reizes gadā, bet pēc pieciem gadiem – reizi gadā. Pacientiem ar agrīniem (I-II stadija) un lokāli vai reģionāli izplatītiem audzējiem (III stadija) papildu izmeklējumu indikācijas nosaka konkrētas sūdzības vai laboratoriskā atrade. Pacientiem ar recidivējušu, primāri vai sekundāri metastātisku audzēju (IV stadija) dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija.

10 Z51.5

Tie ir pacienti, kuri saņēmuši paliatīvu (neradikālu) terapiju ar dažādām metodēm. Šiem pacientiem dinamiskās novērošanas biežumu nosaka klīniskā situācija. Pacientu uzrauga ģimenes ārsts, pēc nepieciešamības konsultējoties ar onkologu ķīmijterapiju vai paliatīvās aprūpes speciālistu. Šai kategorijā tāpat ietilpst pacienti, kuri saņem paliatīvo aprūpi jeb simptomātisko terapiju.

11 Slimības tālāka progresēšana vai cita veida nepieciešamība pēc speciālista konsultācijas

Vadoties pēc pacienta sūdzībām, ģimenes ārsts nozīmē konkrētus izmeklējumus, kas visātrāk un lieki neveicot vairākus līdzīgus izmeklējumus, ļaus atklāt slimības atjaunošanos. Kodam Z08 + C... vajadzētu kalpot par iezīmi paātrinātai nokļūšanai uz konkrētu izmeklējumu vai pie speciālista. Pie pirmajām sūdzībām ģimenes ārsts veic tikai vispārēju izmeklēšanu (pilna asinsaina, C reaktīvais olbaltums, sārmainā fosfatāze, laktātdehidrogenāze, gamma glutamiltransferāze, AsAT, AlAT) un vienkāršus izmeklējumus – US un/vai rentgenizmeklēšanu. Dinamiskās novērošanas gaitā priekšroka dodama tiem izmeklējumiem, kuri ir visātrāk pieejami. Izvēle ir atkarīga no anatomiskā reģiona - rentgenizmeklējumi plaušām, US – vēdera dobumam un mazajam iegurnim. Ja nekādu patoloģiju neatrod, pacientu uzaicina pēc 3 nedēļām. Ja sūdzības joprojām saglabājas, tad ģimenes ārsts sūta pie speciālista, lai tas lemtu par nepieciešamajiem

tālākajiem precizējošiem izmeklējumiem. Ja jau sākotnēji parādās kādas novirzes no normas, tad ģimenes ārsts sūta pacientu pie speciālista, ja viņa vispārējais veselības stāvoklis pēc ECOG skalas ir 0-2. Ja vispārējais veselības stāvoklis ir slikts (ECOG/PVO skalā ≥ 3), tad atkarībā no klīniskās situācijas, ģimenes ārsts sāk simptomātisko terapiju, ja ir konkrētas sūdzības.

ECOG/PVO skala

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

12 Speciālista(u) konsultācija

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir labs (ECOG skala 0-2) viņš pēc iespējas ātrāk nosūtāms pie speciālista turpmākās terapijas taktikas un stratēģijas izlemšanai. Uz multidisciplināru konsīliju, kurā piedalās dažādi speciālisti (ķirurgi, radiologi, radiologi terapeiti, onkologi ķīmijterapeiti, urologi u.tml.) nosūta speciālists (onkologs ķīmijterapeits, ķirurgs, urologs vai tml.) pēc iepazīšanās ar konkrētā pacienta slimības lietu.

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir šaubīgs (ECOG skala ≥ 3), kad sistēmiskās terapijas sagaidāmie riski var pārsniegt iespējamus pozitīvos gūvumus, pacients virzāms pa paliatīvās aprūpes un simptomātiskās terapijas ceļu. Izņēmums ir akūtas situācijas (masīva asiņošana, DIK sindroms, patoloģisks kaulu lūzums, muguras smadzeņu kompresijas sindroms, intrakraniālā

spiediena, augšējās dobās vēnas nospieduma sindroms, hiperkalcēmija, audzēja līzes sindroms u.tml.), kad var būt nepieciešama akūta ķirurģiska iejaukšanās vai staru terapija.

13) Specifiskās terapijas veikšana

Specifiskās terapijas nepieciešamību un veidu lemj speciālists (onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, ginekologs onkologs, urologs, ķirurgs) vai multidisciplinārs konsīlijs, uz kuru pacientu nosūta speciālists (nevis ģimenes ārsts). Jebkurā gadījumā rūpīgi apsverami potenciālie pozitīvie guvumi un sagaidāmie riski, lai pacienta stāvokli nepadarītu vēl smagāku. Pacientam ir jāizskaidro, kādēļ tiek pieņemts tas vai cits lēmums par specifiskās terapijas sākšanu vai atteikšanu, kā arī jārespektē viņa viedoklis.

14) Specifiskā terapija nav indicēta

Pacientam un viņa piederīgajiem rūpīgi jāpaskaidro, kādēļ specifiska terapija konkrētajā gadījumā vairs nav indicēta – to neatļauj pacienta vispārējais sliktais stāvoklis, slimība ir ļoti plaši izplatījusies, terapija var būt potenciāli ļoti toksiska un bīstama u.tml. Tāpat pacientam ir jāzina, ka viņš netaps atstāts bez uzraudzības un medicīniskas palīdzības.

15) Pacienta atgriešanās pie ģimenes ārsta turpmākai dinamiskai novērošanai vai paliatīvai (simptomātiskai) aprūpei

Simptomātiskai terapijai jeb paliatīvai aprūpei pacients atgriežas pie sava ģimenes ārsta, kurš pēc vajadzības pacientu var konsultēt ar citiem speciālistiem (paliatīvās aprūpes speciālistu, onkologu ķīmijterapeitu, algologu, neirologu, ķirurgu u.tml.). Simptomātiskā terapija ir nespecifiska (pretsāpju līdzekļi, antidepresanti, pretvemšanas, pretklepus u.c. līdzekļi), proti, tā neietekmē onkoloģiskās slimības gaitu, bet var būtiski uzlabot dzīves kvalitāti. Vadoties pēc klīniskās situācijas ģimenes ārsts simptomātisko terapiju jeb paliatīvo aprūpi var veikt ambulatoriski vai nosūtīt uz stacionāru. Latvijā šobrīd nav pieejama paliatīvā aprūpe dienas stacionāra apstākļos.

¹ <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika>