

**Reģistrētas Nacionālā veselības dienesta
ārstniecībā izmantojamo
Klīnisko vadlīniju datu bāzē
ar Nacionālā veselības dienesta
2013.gada 29.jūlija rīkojumu Nr.04.1-2/198**

**Klīniskās vadlīnijas
„Resnās un taisnās zarnas vēža
(C18, C19, C20)
diagnostika, stadijas noteikšana,
ārstēšana un novērošana”**

Nr. KV 05 – 2013

**Klīniskās vadlīnijas
„Resnās un taisnās vēža (C18, C19, C20)
diagnostika,
stadijas noteikšana, ārstēšana un novērošana”**

KOPSAVILKUMS

Vadlīniju izstrādātājs

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra
Vadlīniju izstrādes darba grupa.

Projekts apstiprināts

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Ārstniecības padomes sēdē
2013.gada 4.janvārī.

Vadlīniju veids

Oriģinālas vadlīnijas.

Vadlīniju mērķis

Multidisciplināras pieejas ietvaros veicināt resnās un taisnās zarnas vēža
diagnostikas, stadiju noteikšanas, ārstēšanas un pacientu novērošanas kvalitātes
paaugstināšanos, tādējādi uzlabojot ārstēšanas rezultātus, tai skaitā pacientu
dzīvildzi.

Paredzami vadlīniju lietotāji

- ķirurgi
- gastroenterologi
- internisti
- ginekologi, dzemdību speciālisti
- onkologi ķīmijterapieti
- radiologi terapieti
- radiologi diagnosti
- patologi
- ģimenes (vispārējās prakses) ārsti
- atbilstošu specialitāšu rezidenti
- medicīnas studenti (kā informatīvo materiālu apmācību procesa ietvaros)

Vadlīniju piemērošanas mērķa grupa

Pacienti, kuri saņem gastroenterologu, ķirurgu vai ģimenes ārstu sniegtos ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, un gastroenteroloģijas vai ķirurģijas nodaļās hospitalizētie pacienti, kuru diagnozes kods saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas pieņemto Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10.redakciju (SSK-10)) ir **C18** (resnās zarnas ļaundabīgs audzējs), **C19** (sigmveida un taisnās zarnas savienojuma ļaundabīgs audzējs) un **C20** (taisnās zarnas ļaundabīgs audzējs).

Ieteikumu pierādījumu līmenis

Vadlīniju ieteikumu pierādījumu līmeņi, atbilstoši MK 25.05.2010. Noteikumu Nr.469 „Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas” iedalījumam, ir A, B, C un D.

Vadlīnijās ietvertā ārstniecības procesa apraksta kopsavilkums

Resnās un taisnās zarnas (kolorektālais) vēzis ir viens no visbiežāk sastopamajiem vēžu veidiem Latvijā un pasaulē (katru gadu apmēram 10% no visiem vēža gadījumiem). 2011.gadā tas bija otrs biežāk sastopamais ļaundabīgais audzējs Latvijā (1200 saslimšanas gadījumu). Latvijā, tāpat kā visā Rietumu pasaulē, vērojama tendence pieaugt saslimstībai ar šīs lokalizācijas vēzi un tās iemesli ir iedzīvotāju novecošana, liekais svars un mazkustīga dzīvesveida piekritēju skaita palielināšanās šajās sabiedrībās. Agrīnās zarnu vēža stadijās parasti nav specifisku sūdzību vai simptomu. Šīs lokalizācijas audzēju agrīnai diagnostikai vai pat to attīstības novēršanai valstī kopš 2009.gada uzsākta skrīninga programma (slēpto asiņu noteikšana izkārnījumos), kura diemžēl aptver tikai 7% no mērķpopulācijas (~800000 iedzīvotāju vecumā pēc 50 gadiem), tādēļ ir liels ielaisto gadījumu (slimība III-IV stadijā) īpatsvars (60-65%), kas ievērojami sadārdzina ārstēšanos un ne

vienmēr dod cerības uz pilnīgu izveseļošanas pacientam (Slimību profilakses un kontroles centra „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem, kuri slimo ar onkoloģiskām slimībām” dati; <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika>).

Klīniskajās vadlīnijās sniegti ieteikumi kolorektālā vēža diagnostikā, stadiju noteikšanā, ārstēšanā un pacientu novērošanas taktikā, kā arī veikts neliels ieskats kolorektālā vēža profilaksē, pēcārstēšanas rehabilitācijā un valsts organizētajā vēža skrīninga programmā.

Ieteikumi sniegti rīcībai resnās un taisnās zarnas adenokarcinomas gadījumā, neiekļaujot neuroendokrīno karcinomu, sarkomas un citus kolorektālo audzēju histoloģiskos tipus.

Multidisciplināra pieeja ļauj izvēlēties katrā konkrētajā gadījumā piemērotāko ārstēšanas veidu, jo nereti vienu un to pašu audzēju var ārstēt ar dažādām metodēm – gan ķirurģiski, gan izmantojot staru terapiju un ķīmijterapiju, turklāt lielākā daļa onkoloģisko pacientu saņem kombinētu ārstēšanu. Terapijas taktikas izvēle multidisciplināras komandas ietvaros notiek efektīvāk un izraisa mazāk komplikāciju īstermiņā un ilgtermiņā, tādēļ arī resnās un taisnās zarnas vēža optimālas ārstēšanas nodrošināšanai būtu vēlams izveidot multidisciplināru ārstu konsīliju, kuram ir jāveic visu resnās un taisnās zarnas vēža pacientu ārstēšanas novērtējums. Ja ir aizdomas par resnās un taisnās zarnas vēzi un pacients atrodas tāda ārsta speciālista pārraudzībā, kurš nav šāda konsīlija sastāvā, viņš ir jānosūta uz atbilstošu konsīliju.

Konsīlijs ir lietderīgs, ja gada laikā tajā izskata ne mazāk par 60 jauniem saslimšanas gadījumiem ar resnās un taisnās zarnas vēzi un ir iespējams nodrošināt staru terapija un ķīmijterapija regulāru dalību.

Nacionālā klīniskās kvalitātes institūta (NICE, Lielbritānija) Rokasgrāmatā vēža slimnieku aprūpē norādīts, ka multidisciplināro resnās un taisnās zarnas vēža konsīliju ir lietderīgi sasaukt slimnīcās, kuras apkalpo vismaz 200 000 iedzīvotāju un paredzamais pacientu apgrozījums ir 120 jauni resnās un taisnās zarnas vēža pacienti gadā, konsīlijā jāpiedalās 2-3 ķirurgiem ar atbilstošu pieredzi kolorektālā vēža ārstēšanā. Lielos centros iespējams sasaukt paplašināta sastāva konsīlijus ar citu ekspertu, piemēram, ķirurgu ar pieredzi hepatobiliārajā ķirurģijā (hepatobiliāro ķirurģu), līdzdalību.

Multidisciplināram resnās un taisnās zarnas vēža konsīlijam ir konkrēts pamatsastāvs (t.s. lokālais konsīlijs) – eksperti ar pieredzi attiecīgajā jomā, kuriem jāpiedalās vairumā konsīlija sanāksmju, un paplašinātais sastāvs – eksperti, kuru uzdevums ir sniegt resnās un taisnās zarnas vēža pacientu lokālajam konsīlijam savu slēdzienu pēc lokālā konsīlija vadītāja pieprasījuma.

Resnās un taisnās zarnas vēža konsīlija pamatsastāvs:

- Ķirurgi – vismaz divi – ar attiecīgu sagatavotību un pienācīgu pieredzi, kuri specializējušies resnās un taisnās zarnas vēža ķirurģijā. Katrs ķirurgs patstāvīgi veic gadā ne mazāk par 20 resnās un taisnās zarnas rezekcijām

resnās un taisnās zarnas vēža pacientiem. Jāpiebilst, ka ir veicināma šo ķirurgu subspecializācija, it īpaši to ķirurgu, kuri ārstē taisnās zarnas vēža pacientus.

- Ķīmijterapeits. Ja pacientam ir paredzēta plānveida taisnās zarnas rezekcija, ķirurgam ir nepieciešams, lai pirms operācijas pacientu konsultē ķīmijterapeits. Telekonference varētu būt optimālais konsultācijas veids šajos gadījumos. Ķīmijterapeitam ir jābūt iekļautam resnās un taisnās zarnas vēža konsīlija pamatsastāvā, kad vien tas ir iespējams.
- Radiologs terapeits ar pieredzi onkoloģisko kuņģa-zarnu trakta slimību ārstēšanā.
- Radiologs diagnostis ar pieredzi onkoloģisko kuņģa-zarnu trakta slimību diagnostikā.
- Patologs.
- Jebkuras specialitātes ārsts, kurš specializējies kolonoskopijā.
- Klīniskās aprūpes speciālists (medmāsa) ar pieredzi resnās un taisnās zarnas vēža pacientu aprūpē, kas spēj konsultēt šos pacientus un komunicēt ar tiem.
- Paliatīvās aprūpes speciālists (ārsts vai medmāsa).
- Konsīlija koordinators, kurš atbildīgs par konsīlija organizēšanu. Nepieciešamības gadījumā koordinatoram ir tiesības paplašināt konsīlija sastāvu. Koordinators ir atbildīgs par (1) atgriezeniskās saites veidošanu pēc pacienta novirzīšanas uz paplašināto konsīliju un (2) pacienta atgriešanos lokālajā multidisciplinārā resnās un taisnās zarnas vēža konsīlijā, kur saskaņā ar paplašinātā konsīlija slēdzienu tiek pieņemts galīgais lēmums konkrētā pacienta ārstēšanā.
- Visi konsīliju lēmumi ir protokolējami (neliela sastāva konsīlijos sekretāra funkcijas veic koordinators).

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas
galvenais speciālists onkoloģijā,
Vadlīniju izstrādes darba grupas vadītājs

Dr.med. Jānis Eglītis
Rīgā, 18.07.2013.